ГЕННАДИЙ СТАРШЕНБАУМ

БИБЛИОТЕКА УСПЕШНОГО ПСИХОЛОГА

18+

ПСИХОТЕРАПИЯ ДЛЯ НАЧИНАЮЩИХ

САМОУЧИТЕЛЬ

SHOUT
SHARE
IT

Annotation

Книга известного психотерапевта и психолога с более чем 40-летним профессиональным стажем представляет собой обширную энциклопедию, в которой для каждого читателя (от любителя до будущего профессионала в области психологии) найдутся ответы на интересующие вопросы. Здесь приведены критерии диагностики состояний и описаны методы индивидуальной психотерапии с учетом личностных особенностей, в том числе техники семейной и групповой работы и рекомендации в терапии различных расстройств: половых, психосоматических, расстройств личности и т. д. Анализируются типичные ошибки начинающего психотерапевта и указывается, как их избежать.

Примеры из практики делают эту книгу незаменимым пособием как для обучающихся, так и для практикующих специалистов.

- Геннадий Владимирович Старшенбаум
  - ○
  - ○ От редакции
  - ○ Предисловие
  - ○ Дифференциальная диагностика
    - ■
    - ■ Опросник пациента
    - ■ Расстройства настроения
      - ■ Депрессивный эпизод
      - ■ Дистимия
      - ■ Субдепрессия (легкий депрессивный эпизод)
      - ■ Биполярное расстройство
      - ■ Органическое расстройство настроения
    - ■ Тревожные расстройства
      - ■ Паническое расстройство
      - ■ Генерализованное тревожное расстройство
    - ■ Соматоформные расстройства[9]
  - ○ Гипноз и НЛП
    - ■
    - ■ Телесно-ориентированные группы
    - ■ Упражнения
      - ■ «Сама по себе»
      - ■ «Показать когти и зубы»
      - ■ «Пустите корни»
      - ■ «Разговор телом»

- «Диалог между двумя частями тела»
- «Свободная поза»
- «Контакт без слов»
- «Воспитатель»
- «Буратино»
- «Разожми кулак»
- «Сиамские близнецы»
- «Прятки»
- «Тряпичная кукла»
- «Слепой и поводырь»
- «Балансирование»
- «Передача по кругу»
- «Поставь стул на место»
- «Все выше!»
- «Ненасилие»
- «Дружные немые»
- «Испорченный телефон»
- «Танец в ограниченном пространстве»
- «Мотивированный бег или ходьба»
- «Вживание в образ»
- «Живое зеркало»
- «Изобразить, а не рассказать»
- «Разговор через стекло»
- «Стражники и заключенные»
- «Путаница»
- «Контакт спиной»
- «Змейка»
- «Стеклянная кобра»
- «Ноев ковчег»
- «Зоопарк»
- «Пингвины»
- «Встреча на узком мостике»
- «Против движения»
- «Хаотическое движение»
- «Омоложение»
- «Бабушкины ключи»
- «Тигры, мыши и слоны»
- «Сурдоперевод»
- «Птичий базар»
- «Рассказать и показать»
- «Живые руки»
- «Приятная рука»
- «Контакт руками»
- «Границы»

        - «Границы-2»
        - «Пограничный конфликт»
        - «Прорвись в круг»
        - «Вырвись из круга»
- Психоанализ
    -
    - Перенос
        -
        - Типы переносов и стратегии их преодоления
    - Контрперенос
    - Кратковременная динамическая терапия
    - Групп-анализ
    - Упражнения
        - «Свободные ассоциации»
        - «Обмен снами»
        - «Диалог рук»
        - «Автономия»
        - «Запретный плод»
        - «Инициатива»
        - «Лицом к лицу»
        - «Исследование проекций»[44]
        - «Проекция на ведущего»
        - «Перевод вопросов пациентов в сообщения»
        - Самоконтроль контрпереноса
- Трансактный анализ
    -
    - Упражнения
        - «Заключение контракта»
        - «Эограмма Дюссея»[51]
        - «Профиль поглаживаний Маккенны»[52]
        - «Корралограмма Эрнста»[53]
        - «Драматический треугольник Карпмана»[54]
        - «Диагностика состояний Эго»
        - «Репетиция сценария»
        - «Пустые стулья» (для диагностики скрипт-анализа (по Э.Берну) и драйверов)
        - «Футболка»
        - «Жертва, Преследователь и Спаситель»
        - «Самореклама» (для тренировки позитивных самопоглаживаний)
        - Подведение итогов

- Драматерапия
  -
  - Упражнения
    - «Разогрев»
    - «Самопредставление»
    - «Исполнение роли»
    - «Пустой стул»
    - «Что мешает мне позаботиться о себе»
    - «Монолог с двойником»
    - «Техника Мидаса»[63]
    - «Возврат во времени»
    - «Шаг в будущее»
    - «Сновидение»
    - «Письмо»
    - «Телефонный разговор»
    - Реплики в сторону
    - «Вымышленные персонажи»
    - «Близкие и далекие»
    - «Скульптура семьи»
    - «Шахматная доска»
    - «Свеча»
    - «Матрешка»
    - «Снаружи и внутри»
    - «На троне»
    - «Горячий стул» (разговоры за спиной)
    - «Театр сновидения»
    - «Фотоальбом»
    - «Тест на спонтанность»
    - «Зеркало»
    - «Обмен ролями»
    - «Дублирование»
    - «Максимизация»
    - «Конкретизация»
    - «Круг давления» (прорыв вовне)
    - «Стена» (прорыв внутрь)
    - «Круг утешения»
    - «Шеринг из ролей»
    - «Деролинг»
    - «Шеринг от себя»
- Гештальт-группа
  -
  - Упражнения
    -
    - «Челночная техника»

        - «Осознание»
        - «Противоположные ассоциации»
        - «Позитивное переопределение»
        - «Переименование симптома»
        - «Метафора интеграции»
        - «Оптимизация будущего»
        - «Свет и тень»
        - «Трудно и легко»
        - «Начальник и Подчиненный»
        - «Просьба и отказ»
        - «Думай только о себе/только о другом»
        - «Внутренние и внешние»
        - «Ты – мы – я»
        - «Утверждение вместо вопроса»
        - «Перевоплощение»
        - «Разделяй и соединяй»
        - «Единство противоположностей»
        - «Три фразы»
        - «Незаконченные предложения»
        - «Незаконченное дело»
        - «Недостающий человек»
        - Персонификация
        - «Незаконченные дела»
        - «Совершение кругов»
        - Разыгрывание проекции
        - «Преувеличение»
        - «Реверсия»
        - «Парадоксы»
        - «Копия и антипод»
        - «Твои полюса»
        - «Теневые стороны»
        - «“За” и “против”»
        - «Борьба противоположностей»
        - «Три желания»
        - «Репетиция»
- Кризисная группа
    -
    - Упражнения
        - «Превращаем проблемы в цели»
        - «Проблема и ее решение»
        - «Взгляд со стороны»
        - «Репетиция»
        - «Помогите!»
        - «Мозговой штурм»

        - «Подсказки тела»
        - «Метафора проблемы»
        - Проработка конфликтов в тройках
        - «Проблемы группы»
        - «Разрешение конфликта в группе»
        - «Зато…»
        - «Оптимист, пессимист, шут»
        - «Печаль»
- Семейная психотерапия
    -
    - Динамическая семейная терапия
    - Структурная семейная терапия
    - Стратегическая семейная терапия
    - Коммуникативная семейная терапия
    - Опытная семейная терапия
    - Интегративный подход
    - Упражнения
        - Планирование терапии
        - Формирование правил общения
        - «Сцены из семейной жизни»
        - «Семейное путешествие»
        - Разыгрывание семейных конфликтов
        - «Чей это портрет?»
        - Поочередное рисование
        - «Мозговой штурм»
        - «История конфликта»
        - «Развить замысел»
        - Подарки
        - «Возмещение ущерба»
        - «Скульптура семьи»
        - Самооценка терапевта
- Расстройства личности
    -
    - Параноидное расстройство личности
    - Шизоидное расстройство личности
    - Антисоциальное расстройство личности, социопатия
    - Пассивно-агрессивное расстройство личности
    - Эмоционально неустойчивое расстройство личности
    - Нарциссическое расстройство личности
    - Демонстративное расстройство личности
    - Обсессивно-компульсивное расстройство личности, психастения

- Тревожное (избегающее, уклоняющееся) расстройство личности
- Зависимое расстройство личности
- Депрессивное расстройство личности
- Мазохистское (самопораженческое) расстройство личности

- Химические аддикции
  - Принципы психотерапии аддиктов
  - Алкогольная зависимость
  - Наркотическая зависимость
    -
    - Психотерапия наркозависимых
- Стресс и диссоциация
  - Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)
  - Кризисная терапия
  - Диссоциативные расстройства
- Непсихотические депрессии
  -
  - Дистимия
  - Послеродовая депрессия
  - Психогенная депрессия
  - Возрастные аспекты депрессии
  - Особенности психотерапии
    -
    - Психоаналитическая терапия
    - Когнитивная терапия
    - Межличностная и семейная терапия
- Шизофрения
  -
  - Принципы психотерапии
  - Психоанализ
  - Групповая терапия
  - Семейная терапия
  - Реабилитация
- Половые и физиологические расстройства
  - Парафилии
  - Гомосексуализм
  - Извращенные способы полового удовлетворения
  - Психосексуальные дисфункции у женщин
  - Психосексуальные дисфункции у мужчин
  - Особенности терапии сексуальных дисфункций
    - Опросник к психосексуальным расстройствам

- Расстройства сна
  -
  - Образец сеанса гипнотерапии
- Нервная анорексия и булимия
  -
  - Опросник к нарушениям питания

○ Психосоматические и соматопсихические расстройства

-
- Соматизированное, ипохондрическое и болевое расстройства
  -
  - Опросник к кожным заболеваниям и аллергии
  - Опросник при болевом синдроме
  - Опросник к головным болям и мигрени
  - Опросник к болезням суставов
- Упражнения для разрядки мышечного напряжения и фрустрации (Кермани, 2002)
  - «Стон»
  - «Плач»
  - «Высвобождение двигательной активности»
  - «Истерика»
  - «Разрядка гнева и агрессии»
- Психогенные расстройства дыхания и кровообращения
  -
  - Опросник к кашлю
  - Опросник к простудным заболеваниям
  - Опросник к заболеваниям сердца и кардиофобии
  - Опросник к гипотонии и гипертонии
- Нарушения пищеварения и выделения
  -
  - Опросник к нарушениям глотания
  - Опросник к заболеваниям желудка
  - Опросник к запорам
- Соматопсихические расстройства
  -
  - Опросник для тяжелобольных
  - Вопросы, которые следует задать о симптомах тревоги
  - Вопросы, используемые для диагностики

депрессии у онкологических больных
- Компетентность психотерапевта
  -
  - Оценка компетентности психотерапевта
- Глоссарий
- Список использованной литературы

- notes
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - 6
  - 7
  - 8
  - 9
  - 10
  - 11
  - 12
  - 13
  - 14
  - 15
  - 16
  - 17
  - 18
  - 19
  - 20
  - 21
  - 22
  - 23
  - 24
  - 25
  - 26
  - 27
  - 28
  - 29
  - 30
  - 31
  - 32
  - 33
  - 34
  - 35
  - 36
  - 37

- ○ 38
- ○ 39
- ○ 40
- ○ 41
- ○ 42
- ○ 43
- ○ 44
- ○ 45
- ○ 46
- ○ 47
- ○ 48
- ○ 49
- ○ 50
- ○ 51
- ○ 52
- ○ 53
- ○ 54
- ○ 55
- ○ 56
- ○ 57
- ○ 58
- ○ 59
- ○ 60
- ○ 61
- ○ 62
- ○ 63
- ○ 64
- ○ 65
- ○ 66
- ○ 67
- ○ 68
- ○ 69
- ○ 70
- ○ 71
- ○ 72
- ○ 73
- ○ 74
- ○ 75
- ○ 76
- ○ 77
- ○ 78
- ○ 79
- ○ 80
- ○ 81

- ○ 82
- ○ 83
- ○ 84
- ○ 85
- ○ 86
- ○ 87
- ○ 88
- ○ 89
- ○ 90
- ○ 91
- ○ 92
- ○ 93
- ○ 94
- ○ 95
- ○ 96
- ○ 97
- ○ 98
- ○ 99
- ○ 100
- ○ 101
- ○ 102
- ○ 103
- ○ 104
- ○ 105
- ○ 106
- ○ 107
- ○ 108
- ○ 109
- ○ 110
- ○ 111
- ○ 112
- ○ 113
- ○ 114
- ○ 115
- ○ 116
- ○ 117
- ○ 118
- ○ 119
- ○ 120
- ○ 121
- ○ 122
- ○ 123
- ○ 124
- ○ 125

- ○ 126
- ○ 127
- ○ 128
- ○ 129
- ○ 130
- ○ 131
- ○ 132
- ○ 133
- ○ 134

Геннадий Владимирович Старшенбаум
Психотерапия для начинающих. Самоучитель

© Старшенбаум Г., 2016
© ООО «Издательство АСТ», 2016
Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

От редакции

Автор книги Геннадий Владимирович Старшенбаум – психиатр-психотерапевт высшей категории, кандидат медицинских наук, автор ряда научных монографий и учебно-практических руководств по различным разделам психотерапии, профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования Московского института психоанализа, где ведет, в частности, курсы профессиональной переподготовки и повышения квалификации для практикующих психологов.

В книге рассмотрены практически все вопросы, возникающие у начинающего психотерапевта. Приведены критерии диагностики состояний, чаще всего встречающихся в практике психотерапевта. Показаны их психопатологические механизмы и описаны методы индивидуальной психотерапии с учетом личностных особенностей, позиции в терапевтическом отношении и влияния окружения. Приводятся основные техники семейной и групповой работы. Анализируются типичные ошибки начинающих психотерапевтов и указывается, как их избежать.

Сочетание психологического и клинического подходов, четкость и аргументированность терапевтических рекомендаций, иллюстрированных примерами из практики, делают эту книгу незаменимым пособием как для обучающихся, так и для практикующих специалистов.

Руководство предназначено в первую очередь для клинических психологов и врачей-психотерапевтов, но может быть полезно и врачам других специальностей, а также психологам-консультантам и педагогам.

Предисловие

Многим людям необходим специалист, который разбирается и в семейных проблемах, и в сексологии, знаком с психосоматикой[1] и проблемами зависимостей, может помочь человеку адаптироваться к жизни, несмотря на его специфический характер, готов справиться с перепадами настроения и риском суицида. При этом неважно, получил он медицинское или психологическое образование, медицинский психолог он или врач-психотерапевт.

Медицинский психолог может поставить клинический диагноз. Он прошел подготовку по психотерапии пациентов с психическими расстройствами. Работает в контакте с психиатром, который при необходимости обеспечивает фармакотерапию и госпитализацию пациента. Врач-психотерапевт отличается лишь тем, что сам может выписать рецепт и быть лечащим врачом в клинике пограничных состояний. И у медицинского психолога, и у врача-психотерапевта общие ***задачи***.

1. Обсудить осознаваемый конфликт между неудовлетворенными эмоциональными потребностями и внутренними запретами, а также возможность его разрешения. Выделить важные потребности, которые можно удовлетворить, и отказаться от блокирующих их установок.

2. Выявить связь иррациональных установок с отказами и утратами[2], проследить их влияние на развитие межличностных конфликтов в прошлом и настоящем. Выработать и закрепить новые формы поведения.

3. Обнаружить неосознаваемый конфликт между неудовлетворенными эмоциональными потребностями и блокирующими иррациональными установками. Выявить терапевтический перенос, проанализировать участвующие в нем незрелые психологические защиты и выработать мотивацию к формированию более зрелых защит (психодинамическая терапия).

Основными направлениями современной психотерапии являются экзистенциально-гуманистическое, когнитивно-поведенческое и психодинамическое.

Экзистенциально-гуманистическая терапия – группа психотерапевтических подходов, в которых делается упор на «свободную волю», свободное развитие личности, осознание ответственности человека за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути. В более широком смысле под экзистенциальной терапией понимается

гуманистическое направление в психотерапии в целом. Основные проявления человеческой экзистенции – забота, страх, решимость, совесть, любовь. Человек прозревает свою экзистенцию в пограничных и экстремальных состояниях (борьба, страдание, смерть). Постигая свою экзистенцию, человек обретает свободу, которая и есть выбор своей сущности.

Когнитивно-поведенческая терапия относится к краткосрочным методам психотерапии. Она объединяет когнитивные, поведенческие и эмоциональные стратегии для изменений личности; подчеркивает влияние когниций и поведения на эмоциональную сферу и функционирование организма в широком социальном контексте. Термин «когнитивный» используется потому, что нарушения эмоций и поведения нередко зависят от ошибок в познавательном процессе, дефицита в мышлении. В «когниции» входят убеждения, установки, информация о личности и среде, прогнозирование и оценка будущих событий. Пациенты могут неправильно интерпретировать жизненные стрессы, судить себя слишком строго, прийти к неправильным выводам, иметь о себе негативные представления. Когнитивно-поведенческий психотерапевт, работая с пациентом, применяет и использует логические приемы и поведенческие техники для решения проблем совместными усилиями психотерапевта и пациента.

Психодинамическое направление в психотерапии – общее название ряда видов психотерапии, ориентированных на психоаналитическую теорию. Основой направления является достижение понимания динамики психической жизни индивида, основанное на концепции бессознательного. Динамическая (психодинамическая) психотерапия известна также под названием психоаналитической психотерапии, ориентированной на инсайт-терапии, эксплоративной психотерапии. В ней акцентируется внимание на воздействии прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения – через особые когнитивные способы (защита), межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению (перенос), – которому пациент следует в течение жизни и который таким образом влияет на его здоровье.

Когнитивно-поведенческое направление получило широкое распространение в связи с тем, что требует минимальных личностных ресурсов клиента. Для интеллигентных, успешных клиентов, симптомы которых мало выражены, предпочтительнее оказываются раскрывающие методы психодинамической и экзистенциально-гуманистической терапии. Эти методы приведены в четвертом издании «Энциклопедии начинающего

психолога».

В упомянутой книге подробно рассмотрены тревожно-фобические расстройства, поведенческие зависимости, острое стрессовое расстройство, реакция острого горя, а также психические расстройства у детей и подростков. Там же описаны когнитивно-поведенческие методы терапии, применяемые при указанных расстройствах (эриксоновский гипноз и НЛП[3], дебрифинг[4], проблемно-ориентированная терапия, группы тренинга навыков). Кроме того, приведены такие формы групповой работы с клиентами, как арт-терапия, ролевые игры, группы встреч, личностного роста и экзистенциальные группы. Описание техник сопровождается соответствующими групповыми упражнениями. Сложные места оформлены в книге сносками, а также ряд терминов приведен в глоссарии в конце книги.

Буду рад, если мой опыт поможет вам быстрей и с меньшими ошибками пройти путь профессионального мастерства. Если у вас возникнут ко мне вопросы или пожелания, связаться со мной можно по адресу star.39@mail.ru.

Дифференциальная диагностика

Признание проблемы – половина успеха в ее разрешении.

Зигмунд Фрейд

Индивидуальный подход к пациенту предполагает предварительную диагностику имеющегося психического расстройства. В России используются диагностические критерии психических расстройств, приведенные в Международной классификации болезней 10-го пересмотра МКБ-10 (Международная классификация болезней, 1994).

Дифференциальная диагностика учитывает симптоматику, клинический синдром, признаки течения, используемые психологические защиты, уровень расстройства, особенности личности и соматической сферы, а также социальный контекст.

Начните диагностику с анализа внешности и особенностей поведения пациента. Дряблая, склоненная фигура, шаркающая походка и вялые, замедленные, робкие движения говорят о депрессии. У пациентов с латентным напряжением, страхами и выраженными тиками наблюдается скованная, неуверенная, семенящая походка. Для больных неврастенией с психической гиперактивностью характерны стремительные, размашистые движения, для больных шизофренией – угловатые, «рваные» движения, не гармонирующие с окружающими объектами.

Мужской костюм и прическа у женщины могут свидетельствовать об отрицании своего пола и стремлении доминировать; серые, сдержанные тона и скромная прическа часто указывают на трудоголизм. Пожимая руку, истеричная пациентка демонстрирует свою значимость и театральную напыщенность чувств. Психастеник[5] делает это робко или подчеркнуто смело, чтобы скрыть свою неуверенность. Рукопожатие эпилептика – чрезмерно сильное и продолжительное. Сжатые кулаки, скрещенные руки и ноги, отстранение или отворачивание отражают стремление отгородиться.

Частая перемена поз, ерзанье, суетливость движений выдает напряженность и внутреннее беспокойство. Сидение на кончике стула может означать и стремление привлечь к себе внимание, и готовность к немедленному действию, и стремление унять накопившееся напряжение, и желание уйти. Перебирание мелких предметов отражает нервозность и неуверенность.

«Заламыванием» рук человек молит о снисходительности. Собирая с одежды существующие и несуществующие соринки, он показывает, что ему не нравится, о чем говорят или что делают окружающие.

При тиреотоксикозе[6] глаза у пациента навыкате, так что между зрачком и верхним или нижним веком белеет полоска роговицы. Наблюдается также тремор рук, но он может быть и при истерии, алкоголизме, атеросклерозе. Депрессивный больной боится поднять глаза из-за чувства вины, углы рта и верхние веки у него опущены, над веком образуется трагическая треугольная складка – складка Верагута[7]. Под маской жестокости или высокомерия может скрываться боязнь людей и неуверенность, под маской подчеркнутого послушания – затаенная агрессия и готовность к саботажу, под маской холодности – взрывоопасный накал эмоций.

Ведите диагностическую беседу в направлении от симптомов к ситуации, анамнезу болезни и жизни, особенностям личности. Спросите пациента, что его беспокоит; его жалобы составят ***психический статус***. Затем перейдите к сбору ***анамнеза*** болезни. Узнайте, какие официальные диагнозы имеет пациент и каковы его собственные представления о причинах расстройства здоровья. Уточните, когда он впервые почувствовал болезненные переживания – вплоть до дня и часа. Установите периоды последующих улучшений и ухудшений.

Постарайтесь выявить связь начала и обострений болезни с психотравмирующими ситуациями. Однако в ответ на прямой вопрос пациент поделится с вами лишь рассудочными и, возможно, ошибочными представлениями. Более точную информацию вы получите, спросив: «Что произошло в вашей жизни, когда это случилось? Что в то время появилось нового в вашей жизни, кто появился в вашей жизни и кто ушел из нее?». Предложите пациенту вспомнить о «провалах» в судьбе, о ситуациях искушений и неудач, об изменениях на работе и в бытовых условиях. При этом будьте готовы к тому, что о драматических для него событиях пациент может рассказывать как о житейских пустяках. Это может быть связано с *алекситимией* – трудностью вербализации эмоций, особенно характерной для психосоматических пациентов.

Соберите *анамнез жизни* пациента с помощью следующих вопросов: «Расскажите мне еще немного о себе, быть может, что-нибудь из детства», «Расскажите немного о своих родителях» или «Каким вы были ребенком?», «Что было для вас важным событием в жизни?». Выясните отношения с родителями, развитие в детстве, важные события во время учебы, особенности

сексуального развития, как протекала личная и семейная жизнь, как строилась служебная карьера, какова жизненная ситуация больного в настоящее время. В заключение соберите воедино всю полученную информацию и сформируйте *развернутый диагноз:* клинический синдром, форма соматоформного[8] или соматического расстройства, тип личности, сфера и степень социальной декомпенсации.

Опишите также актуальные темы, области фиксаций и конфликтов, неоплаканные утраты; основные психологические защиты, бессознательные фантазии, желания и страхи; центральные идентификации, самооценку; желание пациента сотрудничать, его ответственность, рассудительность, интуицию, чувство юмора и общительность.

Используйте Формализованную систему диагностики психических расстройств, состоящую из Опросника пациента и трех Диагностических блоков (А.Б. Смулевич, 2000).

Опросник пациента

Подчеркните, как вы в целом оцениваете свое здоровье: отличное, очень хорошее, хорошее, удовлетворительное, плохое. Ответьте на каждый вопрос «да» или «нет».

Чувствуете ли вы:

1. Боль в желудке.
2. Боль в спине.
3. Боль в руках, ногах или суставах.
4. Болезненность и иные нарушения менструаций.
5. Боль и иные проблемы при сексуальных контактах.
6. Головные боли.
7. Боль в груди.
8. Головокружение.
9. Обмороки.
10. Замедленное или ускоренное сердцебиение.
11. Чувство нехватки воздуха.
12. Запоры, поносы или частое мочеиспускание.
13. Тошнота, газоотделение, расстройство желудка.
14. Ощущение усталости или ослабленности, упадка энергии.
15. Нарушения сна.
16. Неконтролируемый, чрезмерный прием пищи.
17. Потеря удовольствия от ранее приятной деятельности.
18. Чувство сниженного настроения, подавленности или безнадежности.
19. «Нервозность», чувство тревоги или нетерпения.
20. Беспокойство по поводу множества различных вещей.
21. Приступы тревоги (внезапное чувство страха или паники) в течение последнего месяца.

Три и более утвердительных ответа на вопросы 1–16 указывают на необходимость использования диагностического блока «*Соматоформные расстройства*». Утвердительные ответы на вопросы 17–18 требуют использования блока «*Расстройства настроения*». Утвердительные ответы на вопросы 19–21 – блока «*Тревожные расстройства*». На каждый из вопросов надо получить ответ «Да» или «Нет».

Расстройства настроения

Депрессивный эпизод

За прошедшие две недели сталкивались ли вы с какой-либо из нижеперечисленных проблем почти каждый день.

1. Трудности засыпания, плохой сон или повышенная сонливость.
2. Чувство усталости или нехватки сил.
3. Плохой аппетит или неумеренность в еде.
4. Потеря интереса или удовольствия от привычной деятельности.
5. Чувство подавленности, угнетенности, безнадежности.
6. Плохие мысли о самом себе – ощущение того, что вы неудачник или же позволили опуститься себе или своей семье.
7. Трудности сосредоточения, например при чтении газеты или просмотре телепередач.
8. Ощущения беспокойства, неусидчивости, заставляющие двигаться больше обычного. Если нет, то были ли противоположные явления: вы двигались или говорили так быстро, что другие люди могли бы это заметить?
9. В последние две недели приходила ли вам в голову мысль о том, что было бы лучше, если бы вы умерли, или мысль о нанесении себе какого-либо ущерба? Если да, расскажите мне об этом.

Более пяти утвердительных ответов на вопросы 1–9, один из которых № 4 или № 5, говорят о наличии расстройства. Если получено менее пяти утвердительных ответов, рассмотрите раздел «*Дистимия*», затем – «*Субдепрессия*».

Дистимия

Дистимия – хроническое депрессивное состояние, протекающее с неврозоподобной симптоматикой.

10. В последние два года (больше половины этого времени) часто ли вы чувствовали себя расстроенным или подавленным, наблюдали ли у себя снижение

интереса или удовольствия от жизни? Если нет, переходите к № 13.

11. В последние два года часто ли вы ощущали трудности при выполнении привычной работы, было ли трудно заниматься домашними делами или общаться с другими людьми? Если да, переходите к № 15.

Субдепрессия (легкий депрессивный эпизод)

Субдепрессия – депрессивное состояние, не диагностирующееся как депрессия, не сопровождающееся бредом, галлюцинациями, суицидными тенденциями и обездвиженностью.

12. Был ли поставлен диагноз «*Депрессивный эпизод*» (см. № 10)? Если да, переходите к № 15.

13. Не менее двух утвердительных ответов на вопросы 1–9, один из которых № 4 или № 5, свидетельствуют о наличии субдепрессии.

Биполярное расстройство

Биполярное расстройство (маниакально-депрессивный психоз) – аффективный психоз, протекающий с чередованием депрессии и мании или других синдромов (например, сверхактивность – пассивность, страх – экстаз).

14. Говорил ли ваш врач о том, что у вас бывают маниакально-депрессивные состояния, прописывал ли вам литий? Если да, то расскажите, когда это было, знаете ли вы почему?

Ответ «Да» говорит о биполярном расстройстве.

Органическое расстройство настроения

Органические расстройства настроения наблюдаются у больных с органическим поражением мозга, соматическими заболеваниями и гормональными расстройствами. Проявляются аффективными нарушениями, качественно неотличимыми от наблюдаемых при аффективной патологии неорганического происхождения. Депрессивным состояниям может сопутствовать галлюцинаторно-бредовая симптоматика, а также незначительное снижение когнитивного функционирования.

15. Выявленные симптомы депрессии, возможно, связаны с биологическим влиянием соматического расстройства, медикаментозного лечения либо психоактивных веществ?

Утвердительный ответ, возможно, говорит об органическом расстройстве настроения.

Тревожные расстройства

Паническое расстройство

Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) – это психическое расстройство, характеризующееся спонтанным возникновением панических атак от нескольких раз в год до нескольких раз в день и ожиданием их возникновения.

16. Вы отметили, что в этом месяце пережили приступ тревоги. Случалось ли такое с вами раньше? Если нет, переходите к № 32.

17. Случалось ли когда-либо так, что чувство паники приходило совершенно внезапно, «как гром среди ясного неба»? Если ответ неопределенный – В тех ситуациях, когда вы обычно спокойны или чувствуете себя в безопасности? Если ответ отрицательный, переходите к № 32.

18. Случалось ли вам испытывать чувство беспокойства по поводу возможного повторения приступа паники или по поводу мыслей о том, что у вас что-то не в порядке со здоровьем? Если нет, переходите к № 32. Если да, то вспомните свой последний самый тяжелый приступ. Как только отметите четыре из следующих симптомов, проявившихся при этом приступе, переходите к № 31.

19. Чувствовали ли вы нехватку воздуха?

20. Чувствовали ли вы ускорение или замедление сердцебиения? Если нет, то переходите к № 33.

21. Чувствовали ли вы боль или давление в груди?

22. Вы потели?

23. Чувствовали ли вы удушье?

24. Чувствовали ли вы приливы жара или холода?

25. Чувствовали ли вы тошноту или расстройство желудка?

26. Чувствовали ли вы головокружение, шаткость походки, были ли обмороки?

27. Чувствовали ли вы покалывание или потерю чувствительности в разных частях тела?

28. Чувствовали ли вы озноб или дрожь?

29. Испытывали ли вы чувство, что умираете?

30. Получено четыре или более утвердительных ответа на вопросы № 20–30? Если да, речь идет о

паническом расстройстве. Если утвердительных ответов меньше четырех, ставится диагноз «Тревожное расстройство неуточненное».

Генерализованное тревожное расстройство

Генерализованное тревожное расстройство – психическое расстройство, характеризующееся общей устойчивой тревогой, не связанной с определенными объектами или ситуациями. Часто сопровождается жалобами на постоянную нервозность, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и дискомфорт в районе солнечного сплетения. Нередко может присутствовать страх болезни или несчастного случая, распространяющийся на себя и/или на близких, а также другие разнообразные волнения и дурные предчувствия. Чаще встречается у женщин и во многих случаях связано с хроническим средовым стрессом.

31. Чувствовали ли вы нервозность, тревогу или нетерпение на протяжении более половины дней прошлого месяца?

В прошлом месяце часто ли вас беспокоило какое-либо из следующих ощущений:

32. Ощущение неусидчивости в такой степени, что трудно сидеть или стоять спокойно.

33. Быстрое чувство усталости от привычной деятельности.

34. Напряжение в мышцах, боли или повышенная чувствительность.

35. Трудности засыпания, плохой сон.

36. Трудности концентрации внимания, например при чтении книги или просмотре телепередач.

37. Быстро возникающее чувство раздражения, возбуждения.

38. Получено три или более утвердительных ответа на вопросы № 33–38? Если нет, переходите к № 43.

39. В течение прошлого месяца вы чувствовали, что отмечаемые вами трудности осложняют выполнение привычной работы, ведение домашних дел или отношения с другими людьми? Если нет, речь идет о неуточненном тревожном расстройстве. Переходите к № 43.

40. За прошедшие 6 месяцев в течение больше половины этого времени испытывали ли вы чрезмерное беспокойство по поводу самых различных вещей? Отрицательный ответ говорит в пользу неуточненного

тревожного расстройства. Переходите к № 44.

41. Когда вы чувствуете беспокойство такого рода, ощущаете ли вы, что не можете остановиться? Если да, ставится диагноз «Генерализованное тревожное расстройство». Переходите к № 44.

42. Вы поставили диагноз «Паническое расстройство» или «Неуточненное тревожное расстройство»? Если нет, переходите к № 44.

43. Выявленные симптомы тревожного расстройства, возможно, связаны с биологическим влиянием соматического расстройства, медикаментозного лечения или приемом каких-либо психоактивных веществ? Если да, то речь, возможно, идет об органическом тревожном расстройстве.

Соматоформные расстройства [9]

Из утвердительных ответов на вопросы 1–15 «Опросника пациента» исключите симптомы, которые не сильно беспокоили пациента в течение последнего месяца. Исключите также симптомы, которые имеют не психогенную, а соматическую природу. Исключите симптомы пунктов 6 и 7, если они появляются только во время панических атак, и симптомы пунктов 13 и 14 – если они связаны с расстройством настроения или тревожным расстройством. Если ни один симптом не отмечен как соматоформный, переходите к разделу «Ипохондрическое расстройство».

44. Среди утвердительных ответов на вопросы 1–15 «Опросника пациента» тяжесть жалоб и степень снижения социального функционирования в отношении трех и более симптомов не могут быть объяснены соматическими причинами.

45. Были ли у вас на протяжении последних нескольких месяцев эти или какие-то другие симптомы или жалобы, которые ваш доктор затруднялся объяснить? Если да, ставится диагноз «Соматоформное расстройство», если нет – «Недифференцированное соматоформное расстройство»[10].

46. Есть ли среди симптомов 1–7 «Опросника пациента», отмеченных как «соматоформные», хотя бы один болевой? Если нет, переходите к № 49.

47. Мешала ли эта боль или эти боли вашей жизни или работе более половины всего времени за прошедшие 6 месяцев? При положительном ответе ставится диагноз «Хроническое соматоформное болевое расстройство».

48. Беспокоила ли вас мысль о том, что вы серьезно больны? Как вы думаете, что это за болезнь? При отрицательном ответе или в случае, если утвердительный ответ обусловлен наличием соматической болезни, выходите из данного раздела.

49. Есть ли что-то такое, что постоянно заставляет вас думать о себе и что сильно вас беспокоит? При отрицательном ответе выходите из данного раздела.

50. Объясняли ли ваши врачи когда-либо причину вашего состояния, пытались ли изменить ваш взгляд на беспокоящие вас проблемы? Если нет, выходите из раздела.

51. Что они говорили? При отрицательном ответе выходите из раздела.

52. Пациент постоянно озабочен и расстроен не имеющей реальных оснований мыслью о наличии серьезного соматического заболевания даже после того, как врач попытался переубедить его. При отсутствии этого симптома, наличия у пациента оснований для обеспокоенности своим соматическим состоянием или непонятной реакции пациента на объяснения врача причин его состояния выходите из раздела.

53. Испытывали ли вы беспокойство по этому поводу на протяжении шести месяцев или дольше? При утвердительном ответе ставится диагноз «Ипохондрическое расстройство».

Психотерапевт обычно имеет дело с состояниями, не доходящими до степени психоза, при котором исчезает способность к тестированию реальности, не различаются отдельные аспекты внешнего и внутреннего, «Я» сливается с представлениями о других людях. Если психотические объектные отношения преимущественно внутриличностные, то невротические – трехсторонние, а пограничные между неврозом и психозом – парные. Невротический уровень психических расстройств характеризуется эдиповым конфликтом, пограничный – анальным конфликтом (сепарация – индивидуация[11]), психотический уровень проявляется оральным (симбиотическим)[12] конфликтом. Невротическая тревога связана со страхом наказания и потери контроля, пограничная – со страхом сепарации, психотическая – со страхом уничтожения. В ситуации реальной или воображаемой угрозы используются бессознательные психологические защиты.

Невротические пациенты используют зрелые защиты:

● *Альтруизм* – замещающее удовлетворение от безотказного служения другим.

● *Идентификация* – заимствование психических качеств у важных людей, например идентификация с агрессором для защиты от своего страха перед ним.

● *Интеллектуализация* – замена тревожного содержания переживания абстрактно-логическими рассуждениями.

● *Компенсация* – стремление скрыть или восполнить собственную несостоятельность в какой-либо области успехами в другой.

● *Морализация* – попытки оправдать свое сомнительное поведение моральными принципами.

● *Перенос* – перемещение чувств к важному человеку на более безопасный объект, например на терапевта.

● *Поворот отрицательных эмоций на себя* – изменение направления негативного импульса с другого человека на себя.

● *Подавление* – попытки тормозить неприемлемые импульсы усилием воли.

● *Психосоциальное соглашение* – устраивающий обоих бессознательный уговор по умолчанию.

● *Рационализация* – попытки обосновать свое невротическое поведение разумными мотивами.

● *Реактивное образование* (формирование реакции, обратное чувство) – изменение неприемлемого мотива деятельности на противоположный, например мазохизм вместо скрываемого садизма.

● *Реверсия* (лат. *reversio* – возврат) – переключение на активную роль с пассивной позиции, которая навязывается партнеру.

● *Сексуализация* – замена негативных чувств к объекту на эротические.

● *Символизация* – замещение явного содержания скрыто ассоциирующимся с ним понятием.

● *Смещение* – перенаправление неприемлемого импульса с важного объекта на менее важный или безопасный.

● *Сублимация* – удовлетворение потенциально предосудительного импульса социально приемлемыми средствами.

● *Экстраверсия* – ориентация на других с перекладыванием ответственности на них.

● *Юмористическое осмысление* сложной ситуации – созерцательное отстранение от нее, позволяющее найти в ней что-то смешное.

У **пограничных пациентов** преобладают незрелые психологические защиты:

● *Аннулирование* (отмена, уничтожение сделанного) – символически уничтожается уже сделанное, чтобы восстановить утраченное; например, проигравший деньги друга навязчиво высказывает свое сожаление по этому поводу.

● *Аскетизм* – избегание чувственных удовольствий с чувством морального превосходства над другими.

● *Аффектация* — преувеличенно выражается чувство, отвлекающее от пугающей или неприятной эмоции и

привлекающее к себе внимание окружающих.

● *Вытеснение* – неприемлемое содержание удаляется в подсознание и проявляется скрыто.

● *Гиперкомпенсация* – стремление добиться успеха именно в той области, в которой отмечается несостоятельность.

● *Девальвация* – обесценивание важного человека с презрительным отношением к нему.

● *Изоляция* – защитное отделение неприемлемых аспектов переживания; при изоляции аффекта неприемлемые чувства, связанные с определенной мыслью, подавляются, а аффект может сместиться на другие мысли.

● *Интроекция* (лат. *intro* – внутрь, *jactio* – бросать) – заимствуются черты внешнего объекта и отношения с ним заменяются отношениями с его образом, интроектом[13], чтобы символически контролировать данный объект в своем внутреннем мире.

● *Ипохондрическая фиксация* – убеждение в наличии опасной болезни или уродства.

● *Контрфобия* — невыносимый страх блокируется эйфорическим ощущением своего бесстрашия.

● *Отреагирование* – импульсивный прорыв бессознательного конфликта в поведение без учета последствий с частичным или временным облегчением.

● *Отыгрывание действием* – неконтролируемое двигательное отреагирование чувств, испытываемых к важному человеку, на другом объекте или деятельности.

● *Проекция* – другому приписываются собственные отрицаемые мысли, чувства и побуждения.

● *Проективная идентификация* — проекция на человека своих психических качеств для идентификации с объектом и его поглощения.

● *Расщепление* (англ. *splitting*) – изоляция друг от друга противоречивых образов «Я», что предотвращает тревогу при их столкновении.

● *Регрессия* – возвращение на более раннюю, устойчивую стадию психической организации.

● *Ритуалы* – неприемлемые мысли и чувства нейтрализуются диаметрально противоположными символическими действиями.

● *Саботажное поведение* — скрытое, пассивное сопротивление авторитетным фигурам.

● *Самоидеализация* – нарциссическая защита от чувства стыда и неполноценности.

У **психотических пациентов** доминируют примитивные

защиты:

● *Аутистическое фантазирование* – фантазии, определяемые лишь желаниями субъекта без учета окружающей среды или реалистического восприятия пространства и времени.

● *Всемогущество* – магическая вера в возможность мысли или желания изменить внешний мир.

● *Галлюцинаторно-бредовая проекция* – восприятие реальности замещается патологическими образами и идеями.

● *Диссоциация* – психические функции или личность в целом разделяется на отдельные составляющие с их независимым функционированием; при этом сохраняется контакт с реальностью, достаточный для обеспечения безопасности пациента.

● *Компартментализация* (лат. *com* – со, *pars* – часть, *mens* – ум, разноплановое мышление) – сосуществование двух противоречивых идей без осознания этого противоречия.

● *Конверсия* — символическое превращение психических симптомов в псевдоневрологические двигательные и сенсорные нарушения.

● *Магическое мышление* – убежденность в материальной силе мыслей и слов.

● *Отрицание* – игнорирование неприемлемых аспектов в целом осознаваемой реальности.

● *Примитивная идеализация* – важный человек наделяется идеальными чертами с безграничным стремлением вовлечь его в разнообразные виды совместной деятельности, которая может устранить собственную амбивалентность.

● *Примитивная изоляция* — уход от неприемлемой реальности в аутистическое фантазирование.

● *Симбиоз* – полное слияние собственной и чужой идентичности, что является самой примитивной формой идентификации.

● *Соматизация* – бессознательный конфликт символически выражается вегетативными дисфункциями.

● *Схизис* (греч. *shizo* – раздробляю) – фрагментация «Я», приводящая к дезинтеграции личности и сосуществованию разнонаправленных тенденций во всех сферах психики.

Учитывайте ***уровень мотивации к психотерапии***[14] (он может меняться даже в течение одной сессии).

1. Конструктивный. Реалистическое доверие к себе: с помощью терапевта я мобилизую все силы для самостоятельного разрешения конфликта и своего роста.

2. Симптоматический. Настрой лишь на ликвидацию

симптомов: я готов вместе с терапевтом поработать над улучшением своего состояния.

3. Манипулятивный. Попытка использовать возможности психотерапевта для улучшения отношений к себе участников конфликта и других выгод.

4. Инфантильный – терапевт будет заботиться обо мне как о любимом ребенке и решит все мои проблемы.

5. Демобилизующий – с отказом от психотерапии, оппозицией и саботажем терапии.

Уровень мотивации к терапии зависит от силы «Я». На невротическом уровне оно дистанцируется от неприемлемой потребности, но не так уж боится признать ее. На пограничном уровне слабое «Я» просто отрицает пугающую потребность, защищается морализацией, интеллектуализацией, самоиронией.

Постарайтесь понять, какую фрустрированную потребность[15] пациента удовлетворяет клинический симптом, что было бы с ним без этого симптома. Навязывать клиенту свои ценности и ориентиры в терапевтической работе – значит потерять его. Вскройте внутренние конфликты пациента и помогите ему:

- пересмотреть свое прошлое;
- найти ресурсы в себе и взаимоотношениях;
- сделать осознанные выборы;
- запланировать будущее и работу с собой;
- сформировать новые вкусы и ценности;
- начать тренировать недостающие навыки;
- отслеживать положительные изменения;
- организовать новые значимые отношения.

> Каждый нормальный человек на самом деле нормален лишь отчасти.
>
> *Зигмунд Фрейд*

Гипноз и НЛП

Трудно переоценить значение гипнотизма для развития психоанализа. Психоанализ управляет тем теоретическим и терапевтическим наследством, которое он получил от гипнотизма.

Зигмунд Фрейд

У клиентов с выраженной внушаемостью можно устранить ряд остро возникших симптомов императивным прямым внушением в бодрствующем состоянии сознания, без предварительного внушения сна. Внушения, ориентированные на хронические проблемы, лучше реализуются в состоянии гипнотического сна.

Перед проведением гипнотерапии определите внушаемость пациента с помощью таких приемов, как внушенное падение назад или вперед, внушение сцепленных пальцев рук, определение внушенных запахов и др. На первом сеансе не давайте терапевтических внушений. Важнее выяснить, как пациент будет выходить из состояния гипнотического сна, насколько ему удается реализовать постгипнотические внушения, а также закрепить фиксатор в качестве включателя гипнотического сна и тем самым еще более повысить его внушаемость и гипнабельность[16]. В качестве постгипнотических внушений используйте мигание при взгляде на фиксатор и постгипнотическую амнезию (диссоциированное состояние[17], необходимое для бессознательной реализации внушений). Если гипнабельность оказывается высокой, в дальнейшем применяйте быстрый способ гипнотизации. При достаточно продолжительном курсе гипнотерапии гипнабельность повышается, что позволяет перейти к быстрому способу усыпления.

Выжным понятием в психотерапии является «гипносуггестия» (греч. *hypnos* – сон, лат. *suggestio* – внушение): терапевтическое внушение в гипнозе. В клинической практике обычно ориентируются на три стадии гипноза: сонливость, гипотаксия (малоподвижность) и сомнамбулизм.

Существует **несколько вариантов гипносуггестивной терапии**.

● *Гипнокатарсис* используется для лечения расстройств, обусловленных психотравмами, которые оживляются и

отреагируются в гипнотическом состоянии. Искусственно вызванная диссоциация позволяет пациенту оживить, проработать и интегрировать утраченное воспоминание в сознание. Особенно эффективен гипнокатарсис в тех случаях, когда пациент готов отказаться от симптома, но нуждается в снятии с него моральной ответственности за симптом и эффектном вмешательстве.

● *Гипнотерапия* позволяет с помощью ободряющих внушений повысить уверенность пациента в своих возможностях справляться с невротическими симптомами.

● *Гипносуггестивное моделирование* заключается во внушении проблемной ситуации с вызыванием у пациента нормальных психофизиологических реакций с постгипнотическим внушением, что он так же будет реагировать в реальности.

● *Гипносуггестивное программирование* направлено на успокоение, ободрение, ликвидацию симптомов и нормализацию нарушенных функций.

Льюис Вольберг (1965) описывает **4 этапа краткосрочной гипносуггестивной психотерапии**.

1. *Поддерживающая фаза*, во время которой достигается гомеостаз благодаря «заживляющему» влиянию отношений с терапевтом, плацебо-эффекту терапевтического процесса (ожиданию улучшения) и облегчающему эффекту катарсиса (эмоционального отреагирования).

2. *Апперцептивная фаза*, характеризующаяся способностью к пониманию, даже минимальному, смысла симптомов в терминах актуального конфликта, основных личностных потребностей и психологических защит.

3. *Фаза действий*, заключающаяся в изменении определенного невротического паттерна, проявляющемся затем в различной перспективе.

4. *Интегративное переучивание*, которое происходит после окончания терапии на основе цепи реакций, начавшейся во время терапии.

Для ускорения терапевтического процесса автор применяет следующие процедуры.

● Установление раппорта (безусловного доверия к терапевту).

● Описание области проблемы как фокуса для вскрытия.

● Выделение с клиентом рабочей гипотезы о психодинамике его трудностей.

● Интерпретация сновидений.

● Максимально быстрое преодоление сопротивления.

● Выделение в качестве терапевтических мишеней таких симптомов, как чрезмерное напряжение, тревога и подавленность, навязчивые страхи и иррациональные убеждения.

● Обучение клиента достижению инсайта как корригирующей меры.

● Составление клиентом плана действий для достижения желаемых изменений.

● Поиск элементов переноса и разрешение его прежде, чем он укрепится.

● Поддержка развития жизненной философии.

У истероидных личностей при гипнотизации возможны такие осложнения, как возбуждение, припадки, спонтанный сомнамбулизм, потеря контакта с бессознательным клиента (раппо́рта, фр. *rapporter* – возвращать), переход сомнамбулизма в непробудный сон (гипнотическую летаргию). Описана также невротическая гипномания (зависимость от гипнотического состояния, напоминающая наркотическую) и гипнофобия (навязчивый страх гипноза). У пограничных личностей может развиться некритический эротический перенос. У параноидных больных могут усилиться идеи воздействия. Нарциссические и шизоидные пациенты впадают в выраженную зависимость от гипнотерапевта, приписывают ему всемогущество. Соматические больные нередко отказываются от необходимых лекарств и позволяют себе чрезмерные физические нагрузки, что приводит к усложнению основного заболевания. Прекращение гипнотерапии может сопровождаться синдромом отмены (абстиненции) с колебаниями настроения от тоски до агрессии, обострением первичной симптоматики, а в отдельных случаях – развитием острых психотических состояний.

Большинство описанных отрицательных последствий гипнотерапии возникает вследствие недостаточной профессиональной компетентности гипнотерапевта, поэтому не так давно гипнотерапией могли заниматься лишь прошедшие соответствующую специализацию врачи (как правило, психиатры). Приведу самые необходимые рекомендации для начинающих гипнотерапевтов.

У пациентов с выраженной внушаемостью можно устранить ряд остро возникших симптомов без внушения сна. Терапевтические внушения, ориентированные на хронические проблемы, лучше реализуются в состоянии гипнотического сна. На первом сеансе не следует давать терапевтических внушений. Важнее выяснить, как пациент будет выходить из состояния гипнотического сна, насколько удается ему реализовать

постгипнотические внушения. В качестве постгипнотических внушений используется мигание при взгляде на фиксатор (блестящий металлический шарик на ручке) и постгипнотическая амнезия (диссоциированное состояние, необходимое для бессознательной реализации внушений). Если гипнабельность оказывается высокой, в дальнейшем можно применять быстрый способ гипнотизации. Гипнабельность обычно повышается при достаточно продолжительном курсе гипнотерапии, что позволяет перейти к быстрому способу усыпления.

Моей подопечной предстояло кесарево сечение, а она не переносила новокаина и прочих обезболивающих. Общий наркоз дать было нельзя из-за ребенка. Я ввел ее в транс и внушил ей сноговорение для сохранения раппорта (обратной связи), и до конца операции она отвечала на мои вопросы, что ее ничто не беспокоит. После операции пациентка ничего не помнила, и, чтобы узнать, не беспокоила ли ее боль во время операции, через несколько дней я внушил ей в гипнозе, что она вновь находится в операционной, может осознать все свои ощущения и рассказать мне о них. Оказалось, что к концу операции пациентка несколько раз ощущала жжение в области операционного разреза кожи как от пореза перочинным ножом (к сожалению, я забыл о краях операционного поля). А в остальном у нее было чувство, как будто все происходит не с ней, а с другим человеком, она лишь наблюдает со стороны, как и было внушено. То есть она не осознавала неприятных ощущений, и они не были для нее болезненными. Оставшись без ее внимания, они не были и сильными.

Гипнотерапия остается высокоэффективным методом лечения диссоциативной амнезии, диссоциативного расстройства идентификации (расстройства множественной личности), заикания, энуреза, курения, булимии и ожирения, соматоформных расстройств, психосоматических болезней, сексуальных дисфункций, а также для снятия болевого синдрома и тревоги в акушерстве, когда фармакологические средства могут повредить плоду.

Аутотренинг[18] (АТ) по сравнению с гетеросуггестивной терапией требует более активной установки пациента, исключает его зависимость от терапевта. Лечебный механизм аутотренинга связан с развивающейся в результате мышечной релаксации нейтрализацией стрессового состояния и уменьшением общей

тревожности. Выделяют две ступени АТ: низшая АТ-1 (вегетативная саморегуляция) и высшая АТ-2 (аутогенная медитация, психическая саморегуляция в состоянии транса).

АТ-1 состоит из шести стандартных упражнений Иоганна Шульца (1985), которые выполняются в позе кучера на облучке, полулежа или лежа: 1) тяжесть в конечностях; 2) тепло в конечностях; 3) регуляция сердечного ритм; 4) регуляция дыхательного ритма; 5) тепло в области живота; 6) прохлада в области лба.

Работа над каждым упражнением занимает примерно две недели, весь курс АТ-1 длится около 3 месяцев. Упражнения выполняются путем мысленного повторения соответствующих формул самовнушения.

АТ-2 является по сути аутопсихоанализом в состоянии медитации и состоит из 7 упражнений «высшей школы» Шульца: фиксация спонтанных цветовых представлений; вызывание определенных цветовых представлений; визуализация конкретных предметов; сосредоточенность на зрительных образах – символах абстрактных понятий; концентрация пассивного внимания на произвольно вызываемых эмоционально значимых ситуациях; вызывание образов других людей; «ответ бессознательного» на вопросы «Чего я хочу?», «В чем моя проблема?» и т. п. Бессознательное отвечает потоком образов, в которых пациент видит себя со стороны в различных ситуациях. В результате наступает катарсис и аутогенная нейтрализация, то есть излечение.

Современная техника гипносуггестии позволяет подстраиваться к индивидуальным особенностям пациента, используя его скрытые ресурсы. Взамен директивных симптомоцентрированных формул (направленных на устранение или ослабление симптомов) классической гипнотерапии используются расплывчатые формулировки, позволяющие клиенту интуитивно наполнять их наиболее полезным для себя содержанием. Доступ к скрытым ресурсам обеспечивают приемы идентификации с «образом достижения», «путешествие во времени», «наложение образов». Широко используется рассказывание клиенту, находящемуся в состоянии легкого транса, историй со «встроенными сообщениями и командами», которые выделяются голосом, жестом или прикосновением.

Милтон Эриксон (1999) разработал современную технику гипносуггестивной терапии, которая позволяет подстраиваться к индивидуальным особенностям пациента и использовать его саногенные ресурсы (*sanus* – здоровый, лат.). Применяются следующие способы наведения транса: вербальная и невербальная

подстройка и ведение, последовательное наложение сенсорно-репрезентативных систем (зрительной, слуховой, двигательной), воспроизведение предшествующего транса, метод «якоря», описание обычно наблюдающихся реакций при погружении в транс, рычажное поведение, разрыв шаблона, метод перегрузки, двойное наведение с использованием котерапевта[19]. Причем последний не только участвует в наведении транса, но и контролирует ситуацию при возникновении трансовых состояний у ведущего терапевта, что позволяет использовать неизбежные трансовые состояния гипнотерапевта для раскрепощения его интуиции, повышения сенсорной восприимчивости и эмпатической подстройки к пациенту.

Современная техника гипносуггестии основывается на использовании расплывчатых формулировок, позволяющих пациенту интуитивно наполнять их наиболее полезным для себя содержанием. Доступ к саногенным ресурсам и генетическим инсайтам обеспечивают приемы идентификации с «образом достижения», «путешествие во времени» («хрустальные шары»), «маятник», «наложение образов». Широко используется рассказывание пациенту, находящемуся в состоянии легкого транса, историй со «встроенными сообщениями и командами», которые выделяются голосом, жестом или прикосновением.

Эриксон описывает **4 метода краткосрочной гипнотерапии**.

1. **Замена симптома**: больной представляет ситуацию, в которой невозможна коррекция вызывающей причины, а терапевт заменяет нарушение функции сравнительно безобидным симптомом, который принимается больным.

2. **Трансформация симптома**: терапевт использует невротическое поведение, трансформируя личностные намерения, которые оно изначально обслуживало, без коренного изменения самой симптоматики.

3. **Улучшение симптома**: терапевт оставляет весь синдром, но смягчает его.

4. **Коррекция эмоциональных реакций**: больной включается в интенсивные эмоциональные проблемы, терапевт создает атмосферу для изменений эмоциональных реакций.

Современным направлением постэриксоновской психотерапии является **нейролингвистическое программирование (НЛП)** (Бэндлер, Гриндер, 2014). В основе метода лежат следующие постулаты.

1. Стереотипы поведения формируются под влиянием внушения значимых других лиц и в трансовых состояниях во время переживаний стресса.

2. Основная часть программы кодируется в неосознанных языковых структурах и проявляется в формальной организации речи и невербальных реакциях человека.

3. Симптомы выполняют защитную функцию и в результате самопрограммирования в трансе могут смениться новыми, более адаптивными стереотипами.

4. Для позитивных изменений достаточно индивидуальной «подстройки» к пациенту и эффективной технологии взаимодействия с ним (работа с метамоделью).

В НЛП применяются специфические методы диагностики: БИАС-тест определения репрезентативных систем, калибровка глазодвигательных сигналов и невербальных ответов «да – нет». Коррекционные техники НЛП базируются в основном на трансовых состояниях пациента. Наиболее известная техника – **рефрейминг** (здесь – переформулирование, англ.) включает ряд стадий.

1. Выработка невербальной сигнальной системы ответов «да – нет».

2. Идентификация стереотипа поведения, подлежащего изменению.

3. Подключение сигнальной системы «да – нет».

4. Выделение положительной функции поведенческого стереотипа.

5. Создание новых альтернатив.

6. Оценка новых альтернатив.

7. Выбор лучшей альтернативы.

8. Экологическая проверка, подстройка к будущему поведению.

Рефрейминг основывается на изменении обрамления утверждения, чтобы придать ему другой смысл. Рефрейминг контекста: «Наш ребенок слишком агрессивный! – Зато он всегда сможет постоять за себя». Рефрейминг содержания: «Он не злой, а активный и уверенный».

Принципы эффективности НЛП

- Каждый пациент имеет ресурсы, которые могут ему помочь; дело психотерапевта – способствовать их реализации.
- Основа психотерапии – индивидуально-субъективное восприятие пациентом реальности.
- Терапевтическая коммуникация равна эффективной манипуляции, при которой выигрывают оба партнера взаимодействия.

● Темп терапевтического процесса задается пациентом.

● Сопротивление расценивается как признак неправильного использования энергии пациента.

● Предлагаемые приемы должны удовлетворять требованиям готовности пациента, конкретности и достижимости в недалеком будущем определенных целей, низкого риска и ориентации на успех.

● Результаты терапии зависят не столько от используемых приемов, сколько от модели поведения психотерапевта, которая должна соответствовать его стилю жизни.

● Необходимо доверять своей интуиции, своему «бессознательному», предоставлять себе право на эксперимент с новыми приемами и прав на ошибку в работе с пациентом.

В НЛП используются три позиции пациента:
1) активный участник;
2) отождествившийся с другим;
3) хладнокровный наблюдатель.

Коррекционные техники НЛП базируются в основном на трансовых состояниях пациента, с которым терапевт устанавливает невербальную, неосознаваемую пациентом связь (раппорт). Доступ к саногенным ресурсам пациента достигается с помощью «якоря» – например, прикосновения к определенной части тела пациента.

Котерапевт контролирует ситуацию при возникновении трансовых состояний[20] у ведущего гипнолога и ведущего терапевта, что позволяет использовать неизбежные трансовые состояния гипнолога для раскрепощения его интуиции, повышения сенсорной восприимчивости и эмпатической подстройки к клиенту. Подстройка к клиенту – изменения в поведении психотерапевта, которые делают его более похожим на клиента и бессознательно ощущаются им как то, что психотерапевт «свой», создают между ними лучший контакт и доверие. Чаще всего используются подстройки по телу (поза и жесты), подстройки по дыханию, по используемому в общении словарю, по голосу и речи, по ценностям. Сенсорная восприимчивость в этом случае связана с вниманием к информации, поступающей от органов чувств. Расширенное сенсорное осознание в определенной степени объясняет так называемую женскую интуицию. Эмпатическая подстройка основывается на сочувственном понимание другого человека путем проникновения в его эмоциональное состояние.

Применяются следующие **способы наведения транса.**

● *Вербализация* – словесное обозначение наблюдаемых двигательных и вегетативных реакций пациента.

● *Невербальная подстройка* – синхронизация дыхания, ритма речи и раскачиваний терапевта с ритмом дыхания пациента.

● *Невербальное ведение* – замедляя свое дыхание и речь, терапевт замедляет и ритм дыхания пациента.

● *Последовательное наложение сенсорно-репрезентативных систем* (осязательной, слуховой, зрительной): «Вы чувствуете…», «Отчетливо слышите мой голос…», «Перед вашим мысленным взором…» и т. д.

● *Воспроизведение предшествующего транса* – воссоздание и закрепление воспоминаний трансовых состояний, возникавших при езде в транспорте и в других естественных условиях.

● *Метод «якоря»* – на первом сеансе формируется рефлекс: «якорь» (усаживание в кресло, прикосновение терапевта и т. п.) и наведение транса.

● *Описание обычно наблюдающихся реакций* при погружении в транс.

● *Рычажное поведение* – пациенту предлагают вытянуть руку перед собой и связывают постепенное опускание руки с погружением в транс.

● *Разрыв шаблона* – целенаправленно прерываемое автоматизированное действие ведет к мгновенному трансу (например, терапевт приветственным жестом протягивает к пациенту руку, но перед рукопожатием отводит ее).

● *Метод перегрузки* – в быстром темпе подаются противоречивые инструкции, приводящие пациента в замешательство, после чего формулировки становятся более упорядоченными и способствуют установлению раппорта (гипнотической связи).

● *Двойное наведение* – по другую сторону от пациента находится котерапевт, пациент слышит одновременно два текста внушения транса – то параллельных, то расходящихся по содержанию; транс наступает через 1–2 минуты.

Телесно-ориентированные группы

Кисти рук – это глаза нашего тела.

К.С. Станиславский

В телесно-ориентированной терапии основное внимание уделяется глубинным телесным ощущениям и исследованию того, как чувства и влечения выражаются на языке тела, в том числе с помощью симптомов. Конечной целью терапии является разработка более конструктивных подходов к разрешению конфликтов, которые связаны с этими потребностями и эмоциями.

Классическими элементами телесно-ориентированной терапии являются *дыхательные упражнения*. Они включают задержку дыхания, расслабленное или полное дыхание, способствующее разрядке сдерживаемых чувств. На первых занятиях группы участники могут испытывать тревогу и, если она сильна, стремятся ее подавить. Это создает телесное напряжение, которое блокирует энергию, необходимую для самораскрытия. Если расслабить челюстные мышцы, мышцы гортани и дышать глубоко и свободно, то можно добиться полной свободы выражения ранее подавляемых чувств.

Мышечное напряжение определяется с помощью фиксации напряженных поз тела и упражнений, способствующих возникновению напряжения. Основной напряженной позой является *арка* – прогиб назад. При этом упражнении выявляются участки тела, склонные к чрезмерному мышечному напряжению и проявлению физической ригидности (негибкости, тугоподвижности). Регулярное применение напряженных поз помогает участникам лучше почувствовать собственное тело и научиться сохранять ощущение внутренней гармонии даже в состоянии стресса.

Одним из базовых упражнений является *брыкание*, имитирующее протестующие движения маленького ребенка, лежащего на спине. Используются также приемы, выражающие негативные эмоции по отношению к другим участникам группы, например теннисной ракеткой колотят по стулу и кричат на кого-то, бьют его батогом (палкой из пенопласта), борются руками и т. п. После физического отреагирования[21] этих эмоций они обычно сменяются успокоением и положительными контактами. Это используется для более эмпатичного взаимодействия с

другими, установления обратной связи и вербальной работы над своими реакциями.

Для расслабления «мышечной брони» используют мышечный *массаж*. Массажируют зажатые мышцы задней поверхности шеи и плеч. При полном массаже двигаются вниз по телу: к пациенту прикасаются, давят, мнут, тискают и щиплют, достигая последнего круга, расположенного на уровне таза. Для поощрения эмоциональной разрядки, чтобы поддержать расстроенного или уставшего после тяжелой работы участника, его обнимают.

Психогимнастика – невербальное межличностное взаимодействие с помощью движений, мимики, пантомимы. В подготовительной части занятий решаются следующие задачи: уменьшение напряжения у участников, снятие страхов и запретов, развитие внимания и чувствительности к собственной двигательной активности и активности других людей, сокращение эмоциональной дистанции между участниками, формирование способности молча выражать свои чувства, эмоциональные состояния и проблемы, а также понимать невербальное поведение других людей. В начале работы группы на подготовительную часть может отводиться больше половины времени всего занятия. Обсуждения ограничиваются самым общим обменом впечатлениями.

Двигательные нарушения, а также такие телесные расстройства, как нарушения осанки и дыхания, рассматриваются во взаимосвязи с психологическими нарушениями. Гармонизация моторных (двигательных) процессов благотворно воздействует на психическое состояние и поведение. Главными направлениями двигательной терапии являются развитие невербальной коммуникации, нормализация ритмического протекания движений, а также научение переживанию пластичности и радости. В этом смысле пластичность становится возможностью переживать различные оттенки одной эмоции (например, удовольствие от страха острых ощущений на аттракционе).

Двигательная терапия, как правило, назначается пациентам, неуверенным в себе, длительное время избегающим физических нагрузок, из-за чего они приступают к занятиям с опасением, страшась перегрузок, болевых ощущений и собственных неудач. Поэтому программа терапии должна строиться с учетом состояния пациента, субъективных и объективных данных, полученных при его обследовании. Акцент делается не на результатах упражнений, а на участии.

Длительность занятий увеличивается постепенно. В стационаре занятия проводятся ежедневно по 30 минут, при

амбулаторном лечении – 1 час в неделю. Упражнения могут проводиться в помещении и на улице, стоя и сидя, на полу, на табурете, на скамье, на мате, с небольшими снарядами. Желательно сопровождать их музыкой. Одной из важнейших задач терапевта является создание теплой, дружелюбной атмосферы. Он не должен находиться «над группой», команды следует произносить энергичным, но не начальственным тоном.

Наиболее простым методом является ***ритмическая двигательная терапия***. Она способствует мускульному расслаблению пациентов, тем самым создавая предпосылки для дальнейшей двигательной активности при выполнении других упражнений. Продолжительность этой части занятий не превышает 15 минут. Постоянный и определенный порядок упражнений позволяет выполнять их также индивидуально в домашних условиях. Для этого используются двигательные элементы из классической гимнастики. Центральными вопросами при этом являются «Что я чувствую теперь?» и «О чем говорит мое тело?». Важным моментом является процесс вербализации переживаемых ощущений и эмоций.

Ритмические упражнения сменяются свободной ходьбой в помещении, освоением окружающего пространства. Пациенты получают задание осмотреться, увидеть других, улыбнуться им. Далее следует свободный выбор партнера для выполнения совместных упражнений. Это задание имеет и диагностическую функцию. Так, эгоцентричные, стеничные пациенты для «завоевания» желаемого партнера могут притянуть его и прижать к себе. Депрессивные, заторможенные, со сниженными потребностями пациенты ведут себя в этой ситуации выжидающе, двигаются мелкими шажками, их тело напряжено, выражение лица робкое.

После выбора партнера выполняются совместные упражнения в группах по 2–4 человека. Содержание упражнений постепенно усложняется, каждый участник во время одного занятия должен побыть как в пассивной, так и в активной роли. Таким образом формируются и поддерживаются коммуникативные функции.

Психопантомима составляет основную содержательную часть занятия, которая занимает бóльшую часть времени в зрелой группе, участники которой представляют без помощи слов темы по собственному выбору или по предложению терапевта. Содержание тем может быть ориентировано на проблемы отдельного участника или группы в целом. Чаще всего в этой части используются:

- привычные жизненные ситуации (просьбы, требования, обвинения, ссоры, опоздания и т. п.);

● темы, относящиеся к проблемам конкретных участников (какой я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим, я среди людей, моя семья);

● темы, отражающие общечеловеческие проблемы и конфликты, которые могут быть представлены в символическом виде (преодоление трудностей, болезнь, здоровье, счастье, тревога);

● темы, связанные с межличностными взаимоотношениями в группе (отношение к членам группы, групповой портрет или скульптура, воображаемые ситуации, в которые попадает группа).

В ходе пантомимы широко применяются вспомогательные приемы типа *«двойник»* или «*зеркало»*. Суть их в предоставлении участнику невербальной обратной связи, позволяющей увидеть себя глазами других (когда члены группы повторяют его невербальное поведение) и получить информацию о возможных вариантах (когда члены группы предлагают свои способы невербального поведения для только что представленной ситуации). После выполнения каждого пантомимического задания группа обсуждает сделанное. Происходит эмоциональный обмен собственными переживаниями, возникшими в процессе того, как участники выполняли задание или наблюдали за невербальным поведением других, своими ассоциациями, воспоминаниями, опытом, предлагается собственное понимание ситуации, анализируются взаимоотношения и взаимодействия участников группы. Материал, полученный в ходе выполнения заданий, может быть использован и для групповой дискуссии.

Заключительная часть направлена на снятие напряжения и возникших сильных эмоций, а также на повышение сплоченности группы, рост доверия и уверенности. С этой целью используются упражнения из подготовительной части, позволяющие пережить чувство общности.

Психопантомима оказывается особенно эффективной, если человек испытывает трудности в вербализации и осознании собственных эмоций, а также при склонности к чрезмерной интеллектуализации. Данный метод широко применяется в качестве вспомогательного при проведении психодрамы, гештальт-терапии,[22] группы встреч, психотерапии детей и подростков.

Упражнения

«Сама по себе»

Участники делятся на пары и становятся друг перед другом. Руки одного при этом свисают вдоль тела, а второй обхватывает двумя ладонями правую руку стоящего напротив и, крепко удерживая ее, пытается помешать партнеру поднять руку вверх. Через минуту оба прекращают выполнять задание, а не удерживаемая более рука сама по себе поднимается вверх.

Затем происходит смена ролей. Игру проводят по тем же правилам. Партнер, руку которого держат, после сигнала «Стоп!» может попытаться удержать руку внизу, но подобная попытка почти всегда обречена на провал. Рано или поздно угнетение порождает восстание. Теперь у ведущего есть хороший аргумент в пользу мягкого стиля руководства.

«Показать когти и зубы»

Участники принимают уверенную позу: на вдохе распрямляют плечи, разгибают спину, одновременно поднимая руки к плечам и оскаливая зубы. Выдыхая, показывают зубы и рычат, раскрывают ладони и сгибают пальцы, как когти. Стараются почувствовать силу напряженных мышц во всем теле. На вдохе возвращаются в исходное положение, сохраняя ощущение силы и чувство уверенности в себе.

«Пустите корни»

Каждому игроку нужны два партнера. Желательно выбрать таких, которые родились в разные месяцы. В тройках один из игроков становится между двумя другими – совершенно прямо, руки вдоль туловища, кулаки сжаты.

Партнеры подставляют под кулаки стоящего в середине сложенные ладони и поднимают его. После этого они подают сигнал группе: «Готово, подняли!» – и ставят игрока на пол.

Теперь каждому стоящему в середине игроку ведущий говорит следующее: «Закройте глаза и представьте себе, что у ваших ног есть корни, которые уходят глубоко в землю. Старайтесь дышать поглубже и вообразите, что с каждым вдохом вы втягиваете и пропускаете через себя энергию неба. Она протекает через ваше тело и уходит в землю под вами. Ощутите,

как с каждым вдохом вы становитесь спокойнее и тяжелее, проникаете глубоко в землю… Когда вы почувствуете, что стали совсем тяжелыми и крепко связанными с землей, кивком головы дайте партнерам сигнал, что они могут во второй раз попытаться приподнять вас».

Во многих случаях окажется, что стоящего в середине игрока больше не смогут приподнять, во всяком случае, сделать это будет значительно труднее.

«Разговор телом»

Группа делится на две приблизительно равные части. Члены одной команды выбирают одну любую часть своего тела, которая кажется самой привлекательной, которая самому себе нравится, и делают презентацию (по аналогии с тем, как делается презентация новых товаров) для этой части тела. Слушатели задают вопросы и высказывают пожелания. Затем то же самое совершается по отношению к той части тела, которая не нравится в самом себе более всего (представляется проблемной). ***Вариант:*** презентация части своего тела (отвергаемой или одобряемой) делается в паре с партнером. Затем партнер делает презентацию публике части тела своего визави, в то время как тот просто демонстрирует ее.

«Диалог между двумя частями тела»

Группа делится на пары. Один из пары выбирает две части своего тела – любимую и нелюбимую и просит партнера побыть поочередно в обеих ролях. Затем между владельцем тела и ее частью происходит диалог.

«Свободная поза»

Участники молча сидят в кругу, одного из них просят «устроить поудобнее» остальных. Он разнимает перекрещенные руки и ноги, опускает плечи, поворачивает головы участников.

«Контакт без слов»

Один человек поворачивает руки, ноги и голову другого, лежащего на полу; успокаивает обиженного, обращает на себя внимание группы.

«Воспитатель»

В парах один – Клиент, второй – Родитель (Учитель, Воспитатель). Задача первого этапа: лаской, уговорами, поглаживаниями заставить другого человека принять максимально компактную позу, все спрятать, принять более зажатую позу. После чего Родители меняются Клиентами. Задача следующего Родителя – как можно больше раскрыть, растопырить Клиента, чтобы он раскрыл ноги, руки, даже открыл рот, глаза, раскинул руки и вообще занял как можно больше места в пространстве. В конце упражнения происходит обсуждение переживаний Родителей и Клиентов.

«Буратино»

Папа Карло проверяет суставы у Буратино: насколько далеко разводятся руки, насколько поворачивается голова и т. д. Буратино имеет право сказать «стоп». Обсуждение нацелено на то, насколько был осторожен Папа Карло, боясь повредить суставы, насколько тревожен был Буратино, говоря «стоп» раньше времени, или слишком терпелив.

«Разожми кулак»

Группа делится на пары. Один сжимает кулак, другой без слов должен добиться того, чтобы кулак разжался.

«Сиамские близнецы»

Партнеры изображают близнецов, сросшихся одним боком: обнимают друг друга за талию, и теперь у них две руки и две ноги на двоих. «Близнецы» ходят, режут воображаемую сосиску и кормят друг руга, пьют кофе с бутербродом и т. п. ***Вариант:*** партнеры «срослись» лбами, между которыми они зажимают лист бумаги. Они должны постоянно передвигаться, а если уронят листок, застыть, когда он коснется пола. ***Другой вариант:*** партнеры срослись спинами, руки у них переплетены в локтевых сгибах; они вместе садятся на пол и затем встают.

В упражнениях на хождение с листком бумаги, разжимание кулака и т. п. выяснилось, что мой стиль общения всегда идет по вертикали, то есть либо я – как Родитель, либо я – как Ребенок. Причем в роли Родителя я была только как дающего директивы

(командующий), а в ситуациях, когда действительно требовалась моя взрослая позиция, моя активность, я занимала позицию Ребенка, просящего помощи у Взрослого, то есть этакую позицию избалованного ребенка. Мне это было трудно признать, так как я считаю себя человеком взрослым, самостоятельно принимающим решения, а не капризным ребенком. Затем этого Ребенка в себе я стала замечать в отношениях с мужем и даже с сыном. Я начала обращать внимание на свою позицию при контактах с людьми, пытаясь не прибегать к привычной форме пассивности в трудных ситуациях и доминантности там, где не надо. Удается не часто, но даже редкие победы для меня – успех.

«Прятки»

Партнеры прислоняются друг к другу спинами. Задача одного из играющих – увидеть лицо другого. Второй партнер должен не позволить ему этого с помощью простого приема: не теряя контакт спины со спиной.

«Тряпичная кукла»

Ведущий говорит: «Встаньте на колени позади своего партнера, сидящего на полу, и попросите его прислониться к вам спиной и расслабиться настолько, чтобы вы могли перемещать его в любом направлении. Это упражнение потребует от вас полной концентрации внимания, так как вы все время должны поддерживать партнера. Если какой-нибудь участок тела будет оказывать сопротивление вашим действиям, уделите ему особое внимание».

«Слепой и поводырь»

Слепой с закрытыми глазами ощупывает окружающее, поводырь знакомит его с объектами.

«Балансирование»

Участники встают друг против друга так, чтобы они могли дотронуться кончиками пальцев до плеч партнера. Затем берутся за руки и подходят друг к другу, пока не соприкоснутся мысками обуви. Ноги фиксируются в таком положении. Партнеры вытягивают руки, отклонившись назад, и, держась за руки,

пытаются найти равновесие. Если им это удается, то руки оказываются полностью вытянутыми, тела отклоняются назад, и участники могут расслабиться, почувствовав состояние баланса, как на качелях. Затем партнеры пытаются снова найти баланс, одновременно меняя положение и занимая различные позиции – покачиваясь из стороны в сторону, перемещая центр тяжести вверх и вниз. Если это получается, участники могут попробовать проделать то же самое, закрыв глаза.

«Передача по кругу»

Группа должна передать по кругу ритм, движение или воображаемый предмет: чашу с вином, трубку мира, котенка, ежика.

«Поставь стул на место»

Участник поднимает за ножки стул и держит его на вытянутых руках. После этого он должен поставить стул на пол, не роняя его, не наклоняясь и не сгибая коленей. Выясняется, что выполнить эти условия можно, только попросив помощи у товарищей.

«Все выше!»

Партнеры садятся на полу друг перед другом так, чтобы пальцы их ног соприкасались. Затем оба вытягивают руки, захватывают кисти партнера и начинают одновременно сильно тянуть друг друга, поднимаясь при этом вверх, пока не встанут на ноги.

«Ненасилие»

На полу чертится линия, которую нельзя пересекать. Участники встают в пары по обе стороны линии на полу. Смотрят друг на друга, взявшись за руки. Затем каждый начинает тянуть партнера к себе. Если кто-то чувствует, что его «противник» слабее, он несколько уменьшает свои усилия, чтобы не перетянуть партнера за черту, *не выиграть.* Если кто-то из участников наращивает усилия, то второй может сделать то же самое, но не перетягивая партнера за черту.

«Дружные немые»

Участники молча вешают вдвоем воображаемую картину, сворачивают ковер, стряхивают скатерть, сматывают пряжу, пилят дрова двуручной пилой, гребут в одной байдарке, перетягивают канат.

«Испорченный телефон»

Участники сидят в кругу, держась за руки; надо передать чувство по кругу невербально. Начиная с последнего игрока и назад по кругу, обсуждается, кто что передавал.

«Танец в ограниченном пространстве»

Участники исполняют импровизированные танцевальные движения, стараясь не сталкиваться друг с другом и с предметами в помещении. Двигаться следует не только ритмично, но и достаточно быстро; движения вправо и влево должны быть симметричными. Посмотрите, насколько хорошо вам удается лавировать в ограниченном пространстве.

«Мотивированный бег или ходьба»

Ходьба против ветра, по росе, по болоту, над пропастью, по ущелью; спешка на работу, с работы, на свидание, в бассейн. Движение против толпы, если не хотим кого-нибудь разбудить, если мы злы и сердиты, если идем делать что-то для себя неприятное.

«Вживание в образ»

Необходимо вжиться в образ раскрепощенного человека с распрямленными плечами, высоко поднятой головой и свободной походкой; побыть играющим ребенком, кошкой и т. п. Пройтись «по зыбучим пескам», по болоту, по натертому скользкому паркету, по грязной дороге в туфлях на высоких каблуках. Представить себя вырастающим из саженца кустом, раскрывающимся цветком. Пройтись в костюме полярника, в рабочем комбинезоне, в норковом манто, в вечернем платье со шлейфом, в купальнике.

«Живое зеркало»

Участники поочередно зеркально повторяют движения друг

друга. Женщина накладывает макияж, причесывается, одевается; мужчина копирует ее мимику и движения. Партнеры умываются утром перед зеркалом, чистят зубы, бреются, ищут в глазу соринку, осматривают язык или воспаленное горло, весело гримасничают перед зеркалом.

«Изобразить, а не рассказать»

Изобразить то или иное состояние или чувство, показать, каков я есть, каким хотел бы быть, каким кажусь окружающим.

«Разговор через стекло»

Разговор через витрину магазина; в пробке стоят два автобуса, надо через закрытые окна передать знакомому в другом автобусе срочную информацию; разговор через стекло вагона (прощание на вокзале).

«Стражники и заключенные»

Заключенные сидят в кругу на стульях, за их спинами стоят Стражники, у одного из которых стул пустой. Он взглядом приглашает к себе «чужого» Заключенного, а его Стражник должен вовремя заметить это и не дать своему подопечному «сбежать».

«Путаница»

Участники берутся за руки, образуя цепочку, водящий ведет ее, переступая через руки других и запутывая. Участник, ожидавший все это время за дверью, входит и пытается распутать цепочку. Когда это ему удается, он меняется с водящим ролями.

«Контакт спиной»

Ведущий говорит: «Закройте глаза и медленно двигайтесь спиной вперед. Столкнувшись с кем-нибудь, разойдитесь и двигайтесь дальше. Через минуту остановитесь рядом с кем-нибудь, спина к спине, и постарайтесь узнать своего партнера. Еще через минуту один из партнеров поворачивается и, не открывая глаз, пытается узнать своего партнера, касаясь руками его спины. Через две минуты поменяйтесь местами.

Теперь, не открывая глаз, снова медленно двигайтесь спиной

вперед. Столкнувшись с кем-нибудь, пообщайтесь спинами: поспорьте, будьте игривыми, нежными, потанцуйте спина к спине, исследуйте различные виды движения. На каждое из этих упражнений дается 30 секунд.

Минут через 5 остановитесь и осознайте друг друга. Затем медленно и осторожно подвигайтесь врозь. Обратите внимание на то, как чувствует себя ваша спина. После этого откройте глаза и посмотрите на своих партнеров».

«Змейка»

Группа выстраивается за водящим в затылок и двигается за ним, повторяя все его движения; затем водящий переходит и конец шеренги, и водящим становится следующий за ним участник.

«Стеклянная кобра»

Участники становятся колонной, затылок в затылок, – в Кобру, – закрывают глаза и ощупывают спину впереди стоящего, стараясь запомнить его. Ведущий произносит «Дзинь!» – и Кобра разбивается. В течение минуты «слепые осколки» бродят по комнате, защищая себя выставленными ладонями. По сигналу ведущего Кобра начинает срастаться.

«Ноев ковчег»

«Ноев ковчег» отправляется в плавание через пять минут. Каждый получает карточку, на которой написано название животного, которого надо будет молча изображать. У кого-то есть карточка с таким же названием. Надо найти свою пару – узнать по движениям и мимике.

«Зоопарк»

Каждый член группы изображает какое-нибудь выбранное им животное в общем вольере.

«Пингвины»

Во время мороза Пингвины, чтобы согреться, сбиваются в кучу; те, кто оказываются с краю, пытаются протиснуться вглубь стаи.

«Встреча на узком мостике»

Члены группы становятся в две шеренги плечом к плечу. Образуя узкий проход. Два участника – с одной и с другой стороны прохода – идут навстречу друг другу. Задача – протиснуться через узкий проход и при этом разминуться с партнером.

«Против движения»

Участники становятся в круг, закрывают глаза, выставляют руки перед грудью ладонями наружу. По сигналу ведущего каждый переходит на другую сторону круга. Желательно избегать столкновений.

«Хаотическое движение»

Участники свободно располагаются в пространстве, по команде начинают беспорядочно перемещаться, сталкиваясь друг с другом. При этом они должны прислушиваться к своим ощущениям: что с ними происходит, когда другие пытаются идти на контакт с ними, и что происходит, когда они пытаются идти на контакт, а им идут или не идут навстречу. После этого задача усложняется: участники должны передвигаться с закрытыми глазами и, столкнувшись с другим участником, пытаться без слов опознать друг друга.

«Омоложение»

Участники изображают 80-летних стариков и старушек, при встрече они кивают друг другу. По хлопку ведущего они сбрасывают десяток лет и при встрече машут друг другу рукой. Затем участникам становится по 60 лет, они обмениваются рукопожатиями. В 50 лет каждый дружески кладет проходящему руку на плечо, в 40 – похлопывает по спине, в 30 – быстро касается другого, стараясь не дать ему коснуться себя. 20-летние весело гоняются друг за другом, прыгают и хватают приятелей за левое ухо, но давая схватить себя. 10-летние носятся туда-сюда, пытаясь избежать столкновений. Обсуждается, кому в каком возрасте было лучше и хуже всего.

«Бабушкины ключи»

Участник становится Бабушкой и отворачивается лицом к стене. За Бабушкой, прямо у ее ног, кладется маленькая связка ключей, которую можно спрятать в кулаке. На расстоянии 5–6 м позади нее обозначается линия старта, на ней шеренгой выстраивается группа. Участник-Воришка должен схватить ключи, дотронуться до каждого игрока и принести ключи на линию старта. Воришка и другие игроки начинают перемещаться. Бабушка без предупреждения оглядывается, в этот момент все замирают. Кто не успел остановиться – возвращается на старт, а если Бабушка «вычислит» Воришку, они меняются ролями.

«Тигры, мыши и слоны»

Группа делится на две равные команды, каждый участник выбирает, какое животное будет изображать. Тигры – руки вытянуты вперед, угрожающе рычат. Мыши – движутся присев, руки на голове подрагивают, как ушки, негромко попискивают. Слоны – наклонены вперед, сложенные руки раскачиваются, словно хобот, иногда трубят. Выигрывает та команда, чей зверь может гнать другого: тигр прогоняет мышь, слон – тигра, мышь – слона. Чтобы определиться, каждая команда собирается у противоположной стены, в течение минуты договаривается и начинает громко считать до трех. На счет «три» все принимают образ выбранного животного, и тогда становится ясно, кто победил. Если выборы команд совпали, приходится переигрывать.

«Сурдоперевод»

Немой садится вместе с Переводчиком перед группой Глухих и почти беззвучно рассказывает какой-то интересный случай. Переводчик передает его рассказ жестами и мимикой, затем выясняется, кто что понял.

«Птичий базар»

По команде ведущего участники начинают разговаривать друг с другом на «птичьем языке» (щебечут, каркают, кукарекают и т. п.), громко выражая свои актуальные чувства. «Мелодия чувств» – то же, но вместо «птичьего языка» используется мелодия, которую участники тихо напевают, изменяя ее вслед за изменением своих чувств. «Общение заданной фразой» – вариант предыдущего упражнения с использованием заданной трафаретной фразы («Вы мне нравитесь», «Вы меня раздражаете», «Я тебя ненавижу»).

«Рассказать и показать»

Ведущий предлагает: «Сейчас я буду называть какую-то эмоцию, а вы покажете сначала, как вы выражаете ее словами, а потом – действием без слов.

Вам скучно в группе. Вы злы на одного из участников, но не решаетесь это открыто высказать. Кто-то делает или говорит то, что вас очень оскорбляет. Кто-то просит вас сделать что-то сложное; вы опасаетесь, что не справитесь, но не хотели бы выглядеть некомпетентным. Вы испытываете симпатию или любовь к кому-то, но не уверены во взаимности; как вы выразите свои колебания».

«Живые руки»

Ставят два ряда стульев, расстояние между которыми примерно 60 см. Участники снимают кольца и часы, завязывают глаза. Ведущий рассаживает их друг против друга – кого куда, остается неизвестным. Дается задание по 3 минуты знакомиться руками, бороться руками, мириться руками, прощаться руками. Кроме того, можно выражать руками игривость, заботливость и нежность, господство и высокомерие, покорность и мольбу, робость и неуверенность, печаль и угнетенность, раздражение и отвержение, признание и благодарность, восторг и счастье и т. д.

«Приятная рука»

Встать в круг, закрыть глаза, вытянуть руки и перебирать руки партнеров, пока не остановишься на самой приятной.

В учебной группе все уже знают друг друга, так что участники снимают часы, кольца, браслеты, чтобы не пользоваться этими «приметами». Двое участников находят друг друга сразу – это молодожены. Другие пробуют разные варианты, пока не останавливаются на каком-то одном. И только трое остались одинокими.

– А я не нашла… свой идеал, – грустно произносит Аня, хрупкая девушка в топике с широким белым поясом, украшенным аппликацией – алым отпечатком поцелуя.

– Так жалко. Такая хорошая рука мне вначале попалась: теплая, ласковая… Я ее искала, искала потом и не нашла, – сокрушается Ольга, немолодая женщина в очках, из-за которых выглядывают

напряженно-беспомощные глаза.

– Я и не искал. Ждал, что подходящая рука сама меня найдет. И вот всех разобрали, – красивым баритоном произносит Борис, молодой брюнет с атлетической фигурой, разочарованно улыбаясь.

Выяснилось, что все вели себя в игре так же, как и всегда в жизни. Оказывается, вместо сознательного выбора действует автопилот.

– Мы что, автоматы?

– Да, если не знаем про свои стереотипы. А если знаем, можем отключать их и действовать творчески, по обстоятельствам.

Вот такой большой вывод из маленького упражнения.

«Контакт руками»

Участники перемещаются по комнате, пожимая друг другу руки. Периодически останавливаются, задержав чью-либо руку в своей руке. Закрывают глаза и на ощупь исследуют ее. Высказывают свое предположение о том, кто это. Через 2 минуты открывают глаза и смотрят на партнера.

Затем перемещаются с закрытыми глазами, пожимая левой рукой руки других членов группы. Останавливаются, берут чью-либо левую руку и пытаются догадаться, чья это рука. Через минуту, все еще держась за руки, открывают глаза, смотрят друг на друга и проверяют правильность своих догадок.

Снова двигаются по комнате, осуществляя рукопожатие двумя руками. Надо за 30 секунд обменяться с партнером рукопожатиями, находясь в разных состояниях – «торопливый», «сердитый», «подавленный», «счастливый», «влюбленный».

Закрывают глаза, находят другого партнера, берут его за обе руки и стараются угадать, кто это. Через 2 минуты, не открывая глаз, вместе с партнером с помощью рук пытаются выразить разные состояния: спорят, мирятся, становятся игривыми, нежными, изображают танец двумя руками. Через 5 минут, все еще держась за руки, открывают глаза и смотрят на своего партнера.

«Границы»

Ведущий говорит: «Выберите кого-нибудь, с кем вам по какой-то причине трудно общаться. Сядьте друг напротив друга и задумайтесь на минуту о том, как вы в это мгновение можете представить себе ту невидимую психологическую границу,

которую проводит вокруг себя ваш партнер. Как вам кажется, насколько близко он позволит вам подойти к себе? Каким образом? При каких условиях? Как он скажет вам “стоп!” или “подойди поближе”?

Молча поэкспериментируйте друг с другом. Встаньте лицом друг к другу и вытяните руки перед собой. Коснитесь своими ладонями ладоней партнера так, чтобы ваши руки были мягко прижаты друг к другу. Смотрите друг другу в глаза и делайте соприкасающимися ладонями и пальцами различные движения. Экспериментируя с движениями, постарайтесь узнать что-либо новое о своем партнере.

Что выражают движения партнера? Кто из вас чаще оказывается инициатором движений, а кто чаще проводит разведку? Кто чаще говорит “стоп!”?

Теперь найдите ту индивидуальную границу, которую партнер очерчивает вокруг своего тела и которую готов защищать. Приближая руки к партнеру с разных сторон, на разной высоте от ступней до макушки, выясните, в какой мере он позволяет вам приблизиться к нему в разных местах. Как вы сами себя чувствуете, приближаясь к его границам? Насколько вы уверены в себе и в какой мере позволяете партнеру подойти к вашим границам? Будьте чувствительны к сопротивлению с обеих сторон, а также к отступлениям назад. Где проходит ваша собственная граница и как вы ее защищаете?

Теперь остановитесь и сядьте вместе со своим партнером. Поговорите о том, что вы заметили, о том, какую “политику границ” использует каждый из вас и как вы можете использовать понятое для того, чтобы в будущем легче ладить друг с другом».

«Границы-2»

Ведущий говорит: «Суть упражнения – попытка отстоять свои права и в то же время дать такую возможность другим. Пожалуйста, разделитесь на две одинаковые группы. Одна группа остается стоять у двери, другая – распределяется по комнате…

Встаньте так, чтобы вокруг каждого было достаточно места, чтобы вы чувствовали себя комфортно… (5 минут).

Теперь пусть та половина группы, которая стоит у двери, пройдет по комнате… Попробуйте встать где-нибудь, заняв оставшееся место (5 минут).

Теперь группы поменяются ролями: те, кто стояли у двери, должны распределиться по комнате и встать так, чтобы у каждого было вокруг достаточно свободного места. Вторая группа сначала остается у двери, а через 5 минут пытается занять оставшееся

пространство или не занимает его – как захочется… (10 минут)».

В заключение обсуждаются следующие вопросы.

● Что стало для меня самым важным открытием в этом упражнении?

● Какие выводы я делаю из этого?

● Каким образом я определяю свои границы для других?

● Как я их защищаю?

● Как другие члены группы реагируют на мое личное пространство?

● Что еще я хотел бы сказать?

«Пограничный конфликт»

Нужны два конфликтующих участника (*А* и *Б*), готовых поработать со своими границами. Участник *А* выходит на середину и сосредоточивается на своем индивидуальном пространстве, которое его окружает и защищает. Он вслух описывает, насколько велика эта территория и какой она формы, может ли он выходить из своего личного пространства и насколько далеко, кому из участников и при каких условиях он может позволить заходить в него.

Другие участники группы (но не *Б*!) могут, исполняя различные роли (мужчины, женщины, знакомого, чужого и т. д.), вступать в личное пространство *А*. При этом никто не должен произносить ни слова. Можно попросить войти в личное пространство *А* нескольких человек одновременно, чтобы *А* мог выяснить, как он к этому относится. На каждом из этих этапов нужно помогать *А* разобраться, как он открывает и закрывает свои границы, и подчеркивать, что только он сам отвечает за определение своих границ и их защиту.

Ведущий спрашивает участника *А*, каким образом тот приглашает других войти в свое личное пространство. Пусть он снова без слов пригласит к себе помощников, исполняющих различные роли, причем исполнители должны выражать различную степень заинтересованности. Здесь следует выяснить, насколько гибко этот человек может настраиваться на различные ситуации и устанавливать контакт.

Пусть теперь участник *Б* войдет в личное пространство *А*, причем именно таким образом, как он обычно делал это раньше. В заключение пусть *Б* вступит на территорию *А* так, как он это хотел бы сделать, учитывая только что полученную информацию.

Вся процедура повторяется со сменой ролей участников *А* и *Б*. В заключение проводится общее обсуждение.

«Прорвись в круг»

Члены группы берутся за руки, образуя круг. Участник пытается попасть в центр круга или занять место в кругу.

«Вырвись из круга»

Круг символизирует давление и гнет, который испытывает участник. Круг образуют члены группы или расставленные участником стулья, кого-то или что-то изображающие. Он прорывается из круга, отодвигает стулья.

Очень запомнилось упражнение, в котором мне нужно было выйти из круга. Я подумала: «Чего тут размышлять? Подгадаю момент и прорвусь, где слабее!» После непродолжительных уговоров выпустить меня я быстро прорвалась межу двумя девушками и вышел из круга. Формально задачу я выполнила, а вот осадок у всех остался. Тут я поняла, что можно формально в игре выиграть, а по факту проиграть. Так и произошло. Следующий участник вышел из круга с помощью уговоров, а вернее, с помощью рассказа о своих переживаниях. То есть необязательно конфликтовать с людьми. Можно договариваться открыто и честно.

В ходе упражнения «Вырвись из круга» обнажился очень мощный агрессивный потенциал нашей группы. И хотя в инструкции не звучало физическое удержание протагониста в кругу, группа крайне агрессивно удерживала человека внутри, не давая покинуть круг. Поразил тот факт, как стирается индивидуальность под воздействием агрессии группы. Все мы испытывали похожие чувства, были заряжены одинаково и создали своего рода маятник, который одинаково воздействовал на каждого, при этом каждый был его частью.

Меня заинтересовала эта базовая человеческая энергия – агрессия, которая так ярко проявилась именно в группе. Заинтересовала и напугала одновременно. Потому что, когда я нахожусь наедине с собой, могу контролировать свою агрессию, сублимировать ее в более позитивные формы либо просто подавлять. Но как показал этот опыт, как только я оказалась в группе людей, испытывающих похожую агрессивную настроенность, возникли условия,

которые позволили моей агрессии всплыть и стать частью чего-то общего.

Сейчас я могу назвать это групповым трансом. Потеря контроля, отсутствие чувства ответственности за последствия, ощущение безнаказанности – вот те моменты, которые ведут толпу. Я осознала, как важно принимать в себе энергию агрессии, не отрицать и не подавлять ее, а работать с ней, учиться сублимировать ее в нечто созидательное, но и позволять себе злиться и отреагировать ее в социально дозволенных рамках.

Я поняла, что чувства страха и отторжения, возникшие после выполнения упражнения, были следствием потери контроля над собой во время упражнения, когда ты в некоторой степени теряешь себя как личность и позволяешь завладеть тобой чему-то животному. Как определить разумный баланс между животной и духовной частью, чтобы всегда быть в контакте с собой и не стать заложником той агрессивной реальности, которая подстерегает на каждом шагу? Уверена, что ответы на эти вопросы я найду в рамках групповой терапии, и обязательно включу ее в план своего личностного роста.

Психоанализ

Анализ позволяет стать цельным, но добрым сам по себе не сделает. Мне кажется, что на анализ возлагается непосильная ноша, когда от него требуют, чтобы он реализовал в каждом его драгоценный идеал.

Зигмунд Фрейд

Психоанализ рассматривает человека через управление своими инстинктами к жизни и смерти. Причина заболевания видится в подавлении Суперэго[23] сексуальных и враждебных инфантильных влечений. Цель терапии – превращение бессознательного в сознательное, преодоление детской амнезии, раскрытие вытесненных воспоминаний. В современной психодинамической терапии используется ранняя интерпретация переноса (перемещения чувств, испытываемых к значимой фигуре, на другого человека), проводится его анализ в течение всего лечения, бессознательные конфликты переводятся в терминологию объектных отношений. Больше внимания уделяется эмоциональному опыту пациента, при этом повышается значение анализа и контрсопротивления[24] терапевта. Меньше внимания уделяется генетическому (историческому) материалу, особенно на ранних стадиях работы. Изменяется акцент с формирования невроза переноса на его разрешение. В связи с этим интерпретируется сопротивление разрешению переноса, в том числе смещение внимания вовне и в прошлое, анализируются трансферентные остатки и проблема замещения аналитика[25].

Для психоанализа подходят клиенты, склонные к мышлению в психологических терминах, способные наблюдать за чувствами, не отреагируя их в действиях, умеющие использовать понимание для облегчения симптомов, обладающие поддерживающим окружением и хорошо взаимодействующие с аналитиком. Психоанализ не помогает алкоголикам и наркоманам, а также пациентам, страдающим психозами, сексуальными извращениями и тяжелым хроническим неврозом навязчивых состояний.

У невротика Суперэго воюет с Ид (Оно)[26]. По Фрейду[27], последнее надо укрепить силами «Я»: «Там, где было Оно, должно стать Я». Тогда победа над карающим Суперэго обеспечена, человек начнет безбоязненно наслаждаться жизнью. К сожалению,

для некоторых клиентов это становится призывом отбросить все моральные запреты. По Адлеру[28], укреплять надо Суперэго, тогда человек станет духовно зрелым и его жизнь приобретет смысл.

По Адлеру, раннее воспоминание позволяет разглядеть влияние значимого события на формирование жизненного стиля. Другая проективная процедура – написание *«истории жизни»*. Клиент описывает наиболее существенные моменты своей биографии, поворотные пункты в своем движении к жизненной цели. Это позволяет понять жизненный сценарий клиента и его индивидуальную мифологию.

По Юнгу[29], 1-й этап аналитической терапии заключается в анализе Персоны – наиболее поверхностного архетипа, представляющего коллективное сознание: ролевые модели, нормы. Пациент должен выделить свои потребности, найти способ взаимодействия с внешним миром.

2-й этап – осознание Тени. Сталкиваясь с ней, пациент переживает тревогу, стыд, видит во снах отвратительных животных, физически/морально неполноценных людей своего пола. Он должен принять свою Тень и вступить с ней в диалог. Этот процесс называется депотенциализацией, так как, став видимой, Тень отдает свою стихийную силу разуму.

3-й этап – встреча с Анимой (женским образом в мужчине, связанным с воображением, фантазией и игрой). Депотенциализация Анимы происходит через проекцию, чаще всего используется метод *амплификации*. Пациенту предлагают сосредоточиться на образе сновидения или фрагменте фантазии и каким-либо образом – рисованием, танцем и т. п. – выявить связанную с ними символическую продукцию[30]. Современным вариантом этого метода является проективная игра «В песочнице» – пациент создает из определенных моделей собственный мир. Техника амплификации, разработанная Юнгом, задействует мифические, исторические и культурные параллели для прояснения символов сновидения. Предполагается, что с ее помощью происходит развитие личности благодаря осознанию скрытой до сих пор части души. Игра «В песочнице» позволяет клиенту спроецировать на песочные картины свои внутренние конфликты и способы их решения. Так, гетероагрессия (направленная против инаковости) проявляется через противоборство армий в песочнице. Аутоагрессия (самопроизвольная агрессия) проявляется в разрушительных действиях по отношению к главному герою песочной сказки, в неприятностях, которым подвергает его автор. Конфликты со значимыми близкими заметны из контекста песочной истории. В

этом случае имеется противоборство героев песочной сказки, играющих роль реальных членов окружения автора.

Демонстрируются способы преодоления трудностей: прямая агрессия, хитрость, покровительство, избегание, взаимопомощь и др. Потенциальные, ресурсные возможности проявляются как некие чудесные предметы, несущие избавление и счастливое разрешение ситуации в песочной сказке. Впоследствии к ним можно обращаться для усиления «Я» клиента.

В результате терапии экстравертированный человек приобретает интровертированные черты и наоборот[31]. Эмоционально неуравновешенная женщина, овладев своим Анимусом (образом, который соответствует мужской направленности женщины на сосредоточенность, власть, уважение), становится более последовательной и логичной. Освободившаяся в результате депотенциализации архетипов[32] энергия дает творческий импульс, Анима одухотворяется, центром личности вместо Эго становится Самость. Самость является центральным архетипом. Так называют: 1) душу в целом («я сам»); 2) непрерывное психологическое единство человека с момента рождения («я такой»); 3) тенденцию души функционировать упорядоченно и структурированно, сообразно цели и плану («царь в голове») и 4) тенденцию души продуцировать трансцендетные образы и символы, стоящие «по ту сторону Я» (Бог, герои, идеалы).

Данный метод, как и аналитическая терапия в целом, требует обширных знаний мифологии, религий, искусства.

Перенос

Болезнь пациента вовсе не представляет собой нечто законченное, окаменелое, а продолжает расти и развиваться как живое существо. Начало лечения не кладет конец этому развитию, но как только лечение захватывает пациента, то оказывается, что все новое творчество болезни направляется на отношение к психоаналитику.

Зигмунд Фрейд

Клиент всегда переносит на психолога опыт общения с другими людьми. Не всегда имеет смысл интерпретировать перенос, но его следует учитывать и при необходимости прорабатывать. Например, клиентка высказывает опасение, что не справится с уходом за маленьким ребенком без няни, которая на время уехала. А на прошлой сессии вы предупредили клиентку об отъезде в отпуск. Поинтересуйтесь, нет ли тут связи. Скорее всего, она обнаружится, и тогда вы сможете проработать страх покинутости в рамках невроза переноса, в режиме «здесь, сейчас, с нами». Страх покинутости является обычно последствием негативного опыта в прошлом (распад семьи или недостаток внимания в детстве, неудачный опыт близких отношений или семейной жизни). Выраженный страх покинутости блокирует личностную автономию, делает человека зависимым от значимого другого.

Другая клиентка сомневается в искренности брачных заверений любовника. Ранее она говорила о корыстолюбии врачей. Спросите ее, как она оценивает вашу работу по критерию «цена – качество». Или клиентка делится улучшением отношений с матерью, которой она стала больше доверять. С вами клиентка последнее время тоже все откровеннее. Вы можете спросить клиентку, не стала ли она испытывать больше доверия и к вам.

Перенос может отыгрываться за рамками терапии. Рассердившись на вас, клиент срывается в разговоре с начальником. Не сумев соблазнить вас, клиентка начинает роман с человеком, чем-то похожим на вас. Предвидеть подобные реакции можно по тому, что клиент вдруг перестает говорить о

своих чувствах к вам, хотя невербальные проявления свидетельствуют об усилении этих чувств.

Перенос и связанные с ним чувства провоцируются такими особенностями поведения психолога, как:

- незначительная поддержка клиента;
- малая активность психолога;
- сдерживание им своих чувств и мыслей;
- частые интерпретации;
- работа с психологическими защитами клиента.

Типы переносов и стратегии их преодоления

Негативный перенос нередко скрывается за критикой других авторитетов. Если вы чувствуете, что клиент готов к «выяснению отношений», помогите ему примерно так: «Я понимаю, что критика со стороны начальника очень беспокоит вас. И мне интересно, в параллель к этому, не почувствовали ли вы сегодня критику с моей стороны?»

Подкрепляя ***позитивный перенос***, вы избегаете того, чтобы играть в психике клиента роль «плохой» фигуры, и интроецируетесь[33] преимущественно как «хороший» объект.

Стереотипы переноса	Установки клиента / особенности поведения	Переживания психолога	Способ воздействия
Психолог как идеал	– Соглашательство, обилие комплиментов. – Бахвальство перед другими людьми своим психологом. – Подражание поведению психолога. – Ношение сходной одежды. – Жажда присутствия. – Общая идеализация.	– Гордость, удовлетворение, сильное чувство собственного превосходства. – Напряженность, беспокойство, смущение. – Фрустрация, гнев.	Сосредоточиться на: – ожиданиях клиента и их следствиях; – самоуничижительных высказываниях клиента.
Психолог как провидец	– Приписывание психологу безграничных знаний, силы. – Взгляд на психолога как на «гуру». – Требование ответов, решений. – Испрашивание советов.	– Ощущение всеведения. – Чувство высокой проф. компетентности, «комплекс бога». – Сомнение в себе, неуверенность. – Утрата иллюзий относительно себя. – Чувство собственной некомпетентности.	Сосредоточиться на: – желании клиента получить совет; – его нерешительности; – недостатке доверия к себе; – открывающихся возможностях выбора.
Психолог как воспитатель	– Бурные эмоции, плач. – Зависимость, беспомощность. – Желание физического прикосновения, опеки.	– Ощущение симпатии, переходящей в сострадание. – Побуждение утешить, приласкать, прикоснуться (например, погладить по голове).	Сосредоточиться на: – потребности клиента находиться в зависимости; – нежелании брать на себя ответственность;

	– Просьба о руководстве. – Ощущение беззащитности.	– Переживание фрустрации, собственной неумелости. – Депрессия и безысходность. – Опустошенность.	– чувстве независимости; – альтернативных способах поведения, установках.
Психолог как фрустратор	– Оборонительная позиция, бдительность, сдержанность. – Подозрительность и недоверчивость. – Феномен «Да, но...». – «Проверка» психолога.	– Неловкость, напряженность. – Ощущение «хождения по тонкому льду». – Акцент на реакции. – Отторжение и недоступность. – Нерасположенность к клиенту. – Чувство неприязни, антипатии.	Сосредоточиться на: – установлении доверия, улучшении отношений; – направленности переноса; – последствиях оказания доверия другим людям; – работе с ранними переживаниями.
Психолог как «пустое место»	– Уход от темы, недостаток внимания. – Разговорчивость, тугодумство. – Бессвязность повествования, перескакивание с предмета на предмет.	– Ошеломление, подавленность. – Застигнутость врасплох. – Ощущение, что тебя используют, не принимают в расчет. – Недостаток признания. – Переживание собственной ненужности и никчемности. – Чувство разочарования, обиды.	Сосредоточиться на: – установлении контакта; – преодолении ***вербального барьера**** клиента; – эффектах спокойного реагирования на клиента; – эффекте ***дистанцирования***.**

* Вербальный барьер возникает, когда человек говорит длинными монологами, перебивает партнера, не может удержаться от возражений, отвлекается от сообщения говорящего. Это приводит к тому, что говорящему не дают высказаться, его не понимают, а разговор идет по неэффективному пути.

** Эмоциональное дистанцирование показывает степень эмоциональной отстраненности (по отношению к человеку, группе людей или событиям), отчужденность и равнодушие посредством замкнутости и необщительности.

При этом клиент не сможет пережить ненависть, тревогу и подозрения, которые на ранних стадиях жизни были связаны с опасными фигурами его родителей. Психолог должен выступать попеременно то в роли любимой, то ненавидимой фигуры, то вызывая восторг клиента, то рождая в нем страх. Тогда у клиента уменьшается расщепление между плохими и хорошими фигурами, они становятся более гармоничными.

Если желаемые изменения достигаются при анализе реакций переноса в контексте настоящего времени, не настаивайте на историческом объяснении их истоков. Вообще игнорируйте перенос, когда:

- работа не направлена на разрешение глубинных конфликтов;
- на работу с переносом не хватает времени;
- нет хорошего эмоционального контакта с клиентом;
- клиент плохо переносит тревогу и фрустрацию;
- клиент искаженно воспринимает реальность.

Врачу-психиатру: не нафрейди!

Георгий Фрумкер[34]

Контрперенос

> *В каждой профессии есть область еще не достигнутого, в которой человек может совершенствоваться. У психотерапевта эта область, это необъятное поле для самосовершенствования, которое никогда нельзя пройти до конца, на профессиональном языке называется контрпереносом.*
>
> *Ирвин Ялом*[35]

Если вам важнее всего нравиться клиенту, у вас могут развиться непрофессиональные отношения с ним. Адекватному восприятию клиента и профессиональному отношению к нему может мешать контрперенос, не проработанный в свое время с помощью учебного анализа. При этом психолог:

- старается понравиться клиенту, быть приятным и хорошо оцененным;
- стремится занимать пророческую позицию, учит клиента жить;
- боится, что клиент может плохо о нем подумать, не прийти на сессию и т. п.;
- чрезмерно реагирует на клиента, провоцирующего у психолога чувства, обусловленные своими внутренними конфликтами;
- испытывает эротические чувства по отношению к клиенту, сексуальные фантазии, связанные с ним.

Контрперенос является важным инструментом исследования бессознательного клиента. Согласующийся контрперенос заключается в эмпатическом переживании психологом эмоционального состояния клиента. Дополнительный контрперенос возникает, когда психолог эмпатически переживает состояние какой-то значимой личности в жизни клиента. Контрперенос может быть положительным и отрицательным.

При *положительном контрпереносе* вы:

- работаете за минимальный гонорар, в долг;
- помогаете клиенту вне рабочего договора (устройством на работу, заочным консультированием кого-то из родственников

клиента и т. п.);

● затягиваете сессии и долго разговариваете по телефону, если клиент позвонит;

● расстраиваетесь, когда клиент не приходит на сессию;

● много думаете о клиенте между сессиями, видите его во сне, часто говорите о нем с другими;

● курите, пьете чай или кофе с клиентом;

● слишком оптимистичны в отношении результатов работы;

● считаете, что этого клиента особенно хорошо понимаете;

● фокусируетесь на привлекательных сторонах клиента;

● воспринимаете клиента очень ранимым и легко соглашаетесь с ним;

● пытаетесь взволновать клиента, драматизируя свои высказывания;

● «перекармливаете» клиента объяснениями и советами.

При *отрицательном контрпереносе* вы:

● раздражаетесь и злитесь на «сопротивляющегося и неблагодарного» клиента;

● занимаете позицию всезнающего учителя, ставите себя в пример;

● используете в основном фрустрирующие вмешательства;

● предлагаете трудные и унизительные эксперименты;

● во время сессий скучаете, отвлекаетесь, с нетерпением ожидаете конца терапевтической сессии[36];

● радуетесь, если клиент отменяет сессию;

● выдвигаете требования, неприемлемые для клиента и провоцирующие его уход.

Работайте со своим контрпереносом следующим образом:

● ведите поиск согласующегося контрпереноса при переживании дополнительного;

● используйте контрпереносный гнев для понимания враждебности клиента;

● не принимайте на свой счет чувства, выражаемые клиентом, не отреагируйте контрперенос, используйте его для подготовки интерпретаций;

● принимайте во внимание собственные прошлые и текущие эмоциональные проблемы, их возможное влияние на терапевтическую ситуацию[37].

Во время паузы задавайтесь следующими вопросами:

● Какие чувства, ассоциации и фантазии вызывает у меня клиент?

● На какую форму объектных отношений, которые клиент

переносит на меня, включаются мои чувства?

● Какие психологические защиты клиента используют этот вид объектных отношений?

● Как я могу искренно (хотя и избирательно проявляя) реагировать на такое отношение клиента?

● Какие из моих реакций могут быть полезны клиенту?

● Каковы границы терпимости клиента к разочарованию, обиде, близости и дистанции в его жизненной ситуации и сейчас, в ожидании моей реакции?

Контролируйте свой контрперенос, анализируйте его и используйте для помощи клиенту. Если, сочувствуя клиенту, вы не смогли удержаться от слез, подышите глубже, чтобы быстрей успокоиться, и скажите ему: «Ваш рассказ глубоко тронул меня. Он напомнил мне о некоторых событиях в моей жизни. А теперь я готов продолжать вас слушать». Если вы не испытываете сочувствия к клиенту, это может быть связано с желанием клиента дистанцироваться от вас. Однако это может говорить о и том, что он затрагивает нечто такое, что вы должны осознать и проработать в себе.

Если вы почувствовали неприязнь к клиенту, то после сессии постарайтесь найти причину. Не напоминает ли вам клиент неприятного человека из вашей жизни? Может быть, вам не нравятся какие-то проявления клиента – возможно, те самые, которые привели его в терапию? Если вы не можете справиться со своей антипатией, обратитесь к супервизору или направьте клиента к другому специалисту.

Кратковременная динамическая терапия

> *Психоанализ – это не образ жизни. Мы надеемся, что пациенты закончат лечение и забудут нас, что они обнаружат, что сама жизнь – это вполне действенная терапия.*
>
> *Дональд Винникотт*[38]

В современной психодинамической терапии усиливается тенденция к краткосрочной форме терапии. Основным критерием для ее проведения является идентификация главного (фокального) конфликта, способность пациента мыслить в терминах чувств, высокая мотивация, по крайней мере один случай значимых отношений с кем-нибудь, хороший ответ при прямой интерпретации, способность устанавливать эмоциональные отношения с психотерапевтом. К противопоказаниям относятся: тяжелые депрессии, психозы, тенденция к отреагированию действием, пограничные, нарциссические и параноидальные расстройства личности.

Главный конфликт высвечивается ранними значимыми травмами (психотравмирующими ситуациями, повлиявшими на развитие личности или жизненный путь человека) и повторяемыми образцами поведения, он активно проявляется в жизни пациента. Пробная интерпретация, оценивающая готовность пациента к настоящей интерпретации, приводит его к эмоциональному ответу. Особого внимания заслуживают конфликты эдиповой природы[39]: соперничество, выигрыш – проигрыш. Для работы выбирается конфликт в отношении какой-то одной трансферной фигуры (значимого Другого, ставшего объектом переноса), прежде всего – конфликт, вызывающий торможение (эмоций, интеллекта, поведения), где торможение или блокировка желаний, мыслей и поступков развивается в результате внутреннего конфликта между потребностями и страхом наказания за их удовлетворение («и хочется, и колется, и мамка не велит»).

От терапевта требуется установить эмоциональный контакт с пациентом, сочетающийся с «добросердечным отсутствием заботы», проявлять больше активности в контакте и интерпретациях по сравнению с классическим психоанализом.

Кратковременная динамическая терапия представляет собой курс из 10–40 сессий на протяжении нескольких месяцев с

частотой 1 раз в неделю, с предварительной договоренностью об ограничении по времени и теме (сфера конфликта, который будет находиться в фокусе терапии). Основное внимание уделяется анализу защитных механизмов, интерпретации трансфера и воссозданию полной истории заболевания. Проблемы вне фокуса мягко игнорируются. Дата окончания лечения и число сессий определяются в начале лечения. При этом большое значение придается завершающей фазе. Необходимо разделить с пациентом печаль и тревогу расставания, рассмотреть предстоящую самостоятельную работу как движение к независимости и зрелости. Появление нового фокуса терапии расценивается как причина возобновления лечения в будущем.

К основным тенденциям современной психодинамической терапии можно отнести следующее.

● Ранняя интерпретация переноса, его анализ в течение всего лечения, перевод бессознательных конфликтов в терминологию объектных отношений.

● Фокусировка большего внимания на эмоциональном опыте пациента, повышение значения анализа контрпереноса.

● Уделение меньшего внимания генетическому (историческому) материалу, особенно на ранних стадиях работы.

● Изменение акцента с формирования невроза переноса на его разрешение, в связи с чем возникает проблема трансферентных остатков и замещения аналитика, анализа эстрапереноса (переноса с аналитика на другую значимую фигуру), интерпретация сопротивления разрешению переноса, в том числе смещение внимания вовне и в прошлое, а также контрсопротивление терапевта.

Вначале ознакомьте клиента с основными понятиями психоанализа: прошлое как образец настоящего, психологические защиты, сопротивление. Опишите и объясните «пассивную» манеру аналитика. «Пассивная» манера аналитика заключается в эмоциональном нейтралитете, играющем роль белого экрана для проекций пациента.

Поставьте перед клиентом следующие задачи:

1) как можно полнее выразить себя с помощью свободных ассоциаций;

2) выявить бессознательные силы и их воздействие на свою жизнь;

3) изменить поведенческие шаблоны, нарушающие его отношения с собой и с другими;

4.) пересмотреть смысл жизни, находя его не только в получении удовольствий и избегании неприятностей, но и в

устройстве прочной семьи, передаче всего лучшего в себе детям.

Научите клиента свободно ассоциировать[40]: «Сейчас я бы хотел, чтобы вы максимально расслабились, до полудремотного состояния. Попробуйте несколько минут подумать вслух. Я хочу послушать, как ваши мысли будут перетекать одна в другую. Чтобы не пропустить вашу следующую мысль, я буду молчать, даже если вы зададите мне вопрос. Если ничего не будет приходить на ум, подождем». Технику свободных ассоциаций не стоит использовать в работе с клиентами в состоянии декомпенсации или в измененном состоянии сознания.

Используйте сновидения для идентификации и иллюстрации функционирования защитных механизмов (приемов, используемых для ослабления тревоги: проекция, интроекция, отрицание, вытеснение и др.) и сопротивления. Особую ценность представляют самые ранние и повторяющиеся сновидения, которые отражают символическое удовлетворение фрустрированных потребностей. Например, полет может означать желание повысить свой статус, неподходящая для определенной ситуации одежда – чувство ущербности или страх быть уличенным в обмане. Интерпретация символики сновидений должна быть предельно индивидуализирована. На ранних этапах терапии главное внимание обращайте на «дневной остаток» и явное содержание сновидения. На более поздних этапах терапии используйте сновидения для анализа бессознательных желаний, страхов и конфликтов.

Поздняя стадия терапии – подходящее время для интерпретации защитных механизмов, которые затемняют старые конфликты. Это необходимо для того, чтобы клиент мог вновь, но уже сознательно, пережить их вместе с болезненными аффектами, связанными с травмирующим опытом. Оживлению подобных переживаний мешает сопротивление, которое можно ослаблять также с помощью интерпретаций. При этом признавайте вклад реальности в сопротивление, относитесь к сопротивлению с уважением и пониманием его как механизма защиты и проявления силы характера пациента.

Давайте ему возможность испытать работу сопротивления, признать ее и лишь затем интерпретируйте – вначале сам факт сопротивления, а потом его содержание. Проясняйте мотивы и форму сопротивления: какие чувства заставляют человека сопротивляться, какой специфический прием использует сопротивление. Выясняйте, какие воспоминания или фантазии включают эти чувства. Выявляйте историю и бессознательные объекты данных аффектов и событий во время анализа, вне его и

в прошлом. Прослеживайте историю и бессознательные цели работы сопротивления в данной форме в настоящем и прошлом клиента.

При успешном раскрытии неосознанного материала через прояснение и интерпретации используемых клиентом психологических защит происходит инсайт[41]. Вытесненная психотравма оживляется и адекватно осмысливается. Причем чисто интеллектуальный инсайт, как и преждевременные интерпретации, создает лишь иллюзию изменения.

Движущей силой аналитического процесса является невроз переноса – старый невроз клиента, но в новых, терапевтических, условиях. Здесь он осознается и исчезает, в результате клиент освобождается от переносов и в обычной жизни. Развитию терапевтического переноса способствуют такие факторы, как потребность клиента вновь пережить опыт прошлого в настоящей жизни, перенося на психотерапевта чувства, испытанные к первичным объектам, пассивность аналитика, свободные ассоциации клиента, интерпретация защит и переноса.

Чтобы стимулировать развитие переноса, помогите клиенту понять его личностные реакции и актуальные взаимоотношения. Спрашивайте его, что он думает о вас, способствуйте оживлению опыта прежних переживаний переноса. Сосредоточивайте внимание клиента на проявлениях переноса в сновидениях, особенно увиденных перед сессиями. Учтите, что клиенты могут использовать перенос в качестве защиты, чтобы избежать анализа конфликта, который привел их к лечению. Интерпретируйте сопротивление анализу переноса, в том числе смещение реакций клиента с вас на других людей в настоящем или прошлом.

Последняя процедура – тщательная проработка выявленной формы сопротивления в реальной жизни. Этому способствует сформировавшаяся за время терапии привычка в конце сессии отвечать себе на три вопроса: 1) что понравилось сегодня в своей работе? 2) что не понравилось? и 3) как хотелось бы лучше? Первый ответ укрепляет уверенность в своих возможностях, второй – помогает обнаружить сопротивление, а третий – намечает направление дальнейшей работы с ним.

Групп-анализ

Групп-анализ является психотерапией, осуществляемой самой группой и направленной на группу, включая ведущего.

Зигмунд Фоулкес[42]

Главной целью групп-анализа является самоактуализация. Не следует пытаться изменить пациента согласно собственным представлениям об образе так называемого нормального человека или сделать пациента идеально функционирующим в его среде. Пусть он сам освободится от тех сил, которые вредят развитию его личности или собственным источникам его развития.

Для участия в психоаналитической группе клиент должен уметь устанавливать связи между актуальными конфликтами и их собственными ролями в них с прошлыми ситуациями. Необходимы также достаточный аффективно-поведенческий контроль, связанный со способностью тормозить свои неадекватные аффективные проявления и поступки, и определенный уровень оптимизма. Поэтому не стоит включать в аналитическую группу пациентов с выраженной невыносливостью к стрессу и отказам, которые могут нанести вред группе или сами стать «козлами отпущения». В связи с этим групповой психоанализ имеет смысл применять к людям старше 14 лет.

Перед включением клиента в терапевтическую группу проведите 5–6 диагностических сессий, на которых установите связь его симптомов с непроработанными травмами, участие пациента в трехсторонних отношениях, определите ресурсы личности и выработайте мотивацию к проработке глубинного материала, пересмотру неадаптивных жизненных установок и тренингу недостающих навыков адаптации. При решении вопроса о возможности групповой терапии учитывайте готовность клиента к публичному самораскрытию, выносливость к групповому давлению, способность время от времени быть катализатором для группы. Функция катализатора для группы требует от ведущего группы заражать ее своим оптимизмом, искренностью и готовностью к работе.

В какой-то степени можно составить представление об этих качествах клиента на основании его рассказов и наблюдения за его поведением на индивидуальных сессиях, но окончательно решить вопрос можно только после пробного участия клиента в

групповой работе. Чтобы облегчить клиенту вхождение в уже работающую группу, сформируйте с ним достаточно прочный терапевтический альянс и уделяйте пациенту достаточное внимание и поддержку на его первой групповой сессии, особенно при отсутствии у него опыта групповой терапии.

Рабочий контракт для участников группы включает два основополагающих правила: 1) каждый должен взять на себя обязательство посещать группу регулярно и без опозданий: 2) каждый имеет право говорить свободно и спонтанно (свободная дискуссия как групповая свободная ассоциация). Члены группы сами поднимают проблему и продуцируют бессознательный материал; постепенно принимают на себя ответственность за спонтанное взаимодействие, делают интерпретации и делятся с другими участниками группы своими инсайтами; становятся вспомогательными терапевтами друг для друга.

Основой для анализа всех межличностных взаимодействий в группе и для интерпретаций всех событий, наблюдающихся в ней, является целостная групповая ситуация. Необходимо добиваться от участников максимума взаимной осознанности и постоянно углубляющихся эмоциональных взаимодействий. Все основные события, происходящие в группе, должны быть поняты ее участниками так глубоко, чтобы они уяснили движущие силы реально сложившейся целостной ситуации.

Внутриличностные конфликты участников входят во внутреннюю структуру группы и определяют динамику группового процесса. Например, пациент с проблемами орального уровня включается в групповой процесс, когда тот затрагивает проблемы кормления, зависимости и границ.

Группа может одновременно функционировать на четырех уровнях общения:

1) уровень текущих событий – рассказ о своей жизненной ситуации, происходящее «здесь и теперь» в группе, восприятие психотерапевта как авторитетной фигуры;

2) уровень переноса – отношения и взаимодействия членов группы рассматриваются в свете взаимных переносов. Группа может представлять собой семью, ее членов, братьев и сестер; аналитик – отца или мать;

3) уровень телесных (соматических) или психических образов – каждый участник отражает бессознательные элементы «Я» партнеров. Члены группы могут проецировать друг на друга нежелательные и отвергаемые части своего «Я», любимые или нелюбимые внутренние объекты или части объектов. Вся группа в целом символизирует собой мать или образ тела;

4) первичный уровень – уровень первичных образов, по

Фрейду, и архетипических образов коллективного бессознательного, по Юнгу.

В процессе взаимодействий группа в целом и каждый ее участник балансирует между *параноидно-шизоидной и депрессивной позицией.* В первой из них группа склонна к расколу и неконтролируемой агрессии, использует примитивные психологические защиты и может объединиться только против общего врага. В депрессивной позиции группа выдерживает амбивалентные отношения, переживает чувство вины за нанесенный человеку ущерб.

В группе развиваются два процесса: 1) отношения человека с другими людьми и с группой в целом; 2) урегулирование отношений группы и психотерапевта. Эта динамика соответствует проблеме ребенка, налаживающего отношения с окружающим миром, матерью как человеком, так и символом, а позже приспосабливающегося к треугольной эдиповой ситуации и к существованию, присутствию, статусу и значению отца.

Каждый участник воплощает свой эдипов конфликт в трехсторонних отношениях, в которых так или иначе могут участвовать терапевт и другие участники группы. Часто эдипов треугольник образуется между терапевтом и оставшейся частью группы. Терапевт и группа переживаются в этом случае как два объекта и наделяются качествами эдиповых фигур – одна фигура большая, сильная, желанная и соблазнительная, а вторая – могущественная, угрожающая, наказывающая и потенциально осуществляющая отмщение.

Функционирование аналитической группы затрудняют три специфических конфликта:

1) между потребностью участников раствориться в группе и сохранить свою независимость от нее;

2) между потребностями группы и отдельных участников;

3) между конструктивными и деструктивными групповыми тенденциями. Эти тенденции – результат того, что другие, с одной стороны, являются соперниками на пути полного обладания терапевтом, а с другой стороны, совместно с терапевтом, представляют собой всемогущие образы родителей, из-за чего сохраняется болезненная конфронтация с собственной беспомощностью и слабостью.

На этом фоне возникает *базовый конфликт участников группы*, который состоит в том, что, с одной стороны, идет соперничество с другими членами группы за полное обладание терапевтом как эдиповым объектом, в то время как с другой стороны, как само собой разумеющееся, от неделимого единства

участников группы ожидается неограниченное ничем совершенство.

Пациенты формируют *желанные отношения* с подходящими объектами, чтобы избежать столкновения с нежелательным подсознательным материалом и не включиться в *избегаемые отношения*, которые могут превратиться в *губительные отношения*. Члены группы могут вступать в желанные отношения, рассуждая о своих чувствах, вместо того, чтобы проявлять их друг к другу. При этом они объединяются на основе избегающего отношения к аналитику, символизирующего для них раскрывающее начало и опасного тем, что он не захочет проявлять заботу. Переносы между членами группы могут быть вторичными по отношению к переносам на психотерапевта, а экскурсы в прошлое – проявлением избегающих отношений.

В группе воспроизводятся основные проблемы социальной жизни: отношения человек – человек, отношения человек – группа и отношения группа – терапевт. Это отражает парные отношения в семье, восприятие матери как удовлетворяющей индивидуальные потребности и отца как авторитетного представителя социальных требований.

В аналитической группе наблюдаются следующие **психологические защиты**.

Отрицание проявляется в том, что участники упорно отказываются признать наличие у них проблем. Они утверждают, что уже проработали все проблемы и больше не нуждаются в группе.

Регрессия выражается в возврате к прежнему неадаптивному поведению, хотя оно может быть проработано на прошлых занятиях.

Замещение наблюдается, когда фрустрированный более сильным участником или терапевтом член группы «вымещает» свою злость на том участнике, который не может дать ему отпор.

Реактивное образование позволяет скрывать свои истинные чувства, желания и мотивы за прямо противоположными. Так, маска «дамы, приятной во всех отношениях» может скрывать враждебность, которую эта женщина не осмеливается выразить. Мужчина, которого отвергают на работе и дома, делает вид, что его не интересует отношение к нему в группе, так как боится, что не получит признания, в котором сильно нуждается.

Рационализация заключается в оправдании своего поведения внешними причинами. При этом чаще обвиняют отсутствующих людей – родителей, супругов, начальство, детей. Мужчина, который на группе избегает сближения с женщинами, может объяснять все свои проблемы с прекрасным полом холодностью

матери в детстве.

Групповое напряжение часто связано с тем, что участники группы воспринимают друг друга, особенно на первых порах, субъективно, то есть с участием механизмов проекции и переноса. Эти механизмы часто участвуют в процессе формирования пар и подгрупп, в создании «ядра» группы, а также в образовании закрытых пар, в том числе сексуальных, что необходимо выносить на групповое обсуждение.

Проявлением *проекции* служит актуализация прежнего эмоционального опыта во время взаимодействий участников, причем соответствующим образом составленная терапевтическая группа представляет гораздо больше возможностей для различных форм проекции, чем индивидуальная терапия. Проекция заставляет участников постоянно замечать у других те недостатки, которые свойственны им самим. Они также приписывают другим членам группы те чувства и мотивы, которые заставят их испытывать вину, если они признают их своими. Одной из форм проекции в группе является хроническое стремление давать советы.

Проекция служит основой *переноса*. Выделяют такие формы переноса, как перенос между членами группы, групповой перенос, семейный и идеализированный. При семейном переносе на терапевта проецируют чувства, которые испытывали по отношению к своим родителям, в других членах группы «узнают» своих братьев и сестер. Наряду с совместным переносом на терапевта, для отдельных пациентов имеет значение перенос на группу в целом. То есть пациент переживает других участников не как отдельных друг от друга личностей, а как лишенный контуров, диффузный, но мощный доэдипов объект, напоминающий идеализированный образ родителей, почти материнский объект в его различных эдиповых и доэдиповых составляющих.

Индикаторами группового переноса могут стать одинаковое восприятие членами группы психотерапевта и других людей, упорное отстаивание «общей» точки зрения, чрезмерная реакция на поведение терапевта или другого человека, замещение – реакция на поведение члена группы, возникшая ранее в ответ на поведение другого человека. Групповой перенос отражает чаще базовую категорию зависимости от терапевта. При этом терапевт может воплощать какого-либо члена семьи (семейный перенос) или идеализироваться участниками группы с нарциссическими расстройствами. Основные способы преодоления переносов: фокусирование внимания на переносе, преодоление связанных с ним нереалистических ожиданий, помощь в поиске первичного

объекта переноса.

Негативный перенос на терапевта обычно проявляется в форме *группового сопротивления* (регулярные или коллективные опоздания, пропуск занятий, выражение общего разочарования в психотерапевте или его методе, агрессия к замещающим объектам). На сопротивление указывают: попытки превратить в шутку чувства и проблемы других участников или преуменьшить их значимость; постоянное изменение темы дискуссии, как только поднимаются серьезные, глубоко личные вопросы взаимоотношений. Наблюдаются также попытки укрыться за стеной тишины или нескончаемой болтовни, отсутствие готовности к сотрудничеству, демонстрация зависимости от ведущего, постоянное задавание вопросов другим, избегание самораскрытия или важных тем, демонстрация безразличия или недоверия, пассивность и молчание, попытки использовать группу только в качестве «теплой компании». Групповое сопротивление обнаруживается в частом использовании советов и утешений, демонстрации самодовольства, морального превосходства и интеллектуализации, неизменном подчеркивании, что проблемы других участников более серьезны и требуют большего внимания, а также в поиске «козла отпущения».

Групповое сопротивление следует рассматривать как борьбу за удержание защит в терапевтических ситуациях, провоцирующих тревогу. Попытки терапевта ограничивать, критиковать или подавлять сопротивление лишь усиливают его. Лучше сразу уделять внимание очевидным формам сопротивления и работать в первую очередь с его поведенческими проявлениями. Существуют следующие способы выявления скрытого сопротивления: провокация его, опрос группы как единого целого о проявлениях группового сопротивления, выявление пары агрессор – жертва, поиск члена группы со сходным сопротивлением. В анализ индивидуального сопротивления одного из членов группы полезно вовлекать других участников.

Чтобы ослабить сопротивление, надо выявить неосознанные чувства, которые лежат в его основе. Исследование сопротивления включает также анализ тайных желаний, вторичных целей, которые прячутся за сопротивлением. Основанием для сопротивления обычно являются чувства унижения, стыда, страха наказания. Причинами сопротивления могут быть опасения слиться с группой, «заразиться» чужими переживаниями, страх вторжения в личную жизнь, вновь испытать боль от людей, напоминающих чем-то членов семьи.

Сопротивление вызывается также сомнениями в возможности получить помощь от товарищей по несчастью, неуверенностью в компетентности терапевта и его готовности защитить пациента от нападения.

Агрессивность в группе может быть первичным феноменом, а также вторичным симптомом, возникающим как защита при конфронтации группы со своими тревожными или сексуальными импульсами. Агрессивность может проявляться на эдиповом уровне (в триангулярных конфликтах) и доэдиповом (нарциссический гнев и деструктивность). В кризисных групповых ситуациях невозможность открыто выразить агрессию или конструктивно проработать ее может привести к саморазрушению группы. В рабочей фазе групповой динамики наблюдается зрелая, нейтральная агрессивность, когда ненависть выражается как реакция, а не «принципиальное, непримиримое отношение» и уравновешивается поиском конструктивного решения конфликта.

Основным рабочим инструментом группового аналитика являются *интерпретации*. Они должны применяться только в том случае, когда группа самостоятельно не может осознать причины блокирования группового процесса и в то же время способна принять гипотезу терапевта. Содержание интерпретаций ограничено в основном голосами «символов», звучащих в группе, которые аналитик помогает услышать всем участникам.

Гипотетический характер интерпретации облегчает ее принятие и достигается тем, что она формулируется в форме вопроса или осторожного предположения. Интерпретация делается от первого лица в расчете на максимальный эмоциональный отклик группы. Вначале следует обсудить формы защиты и сопротивления и лишь затем переходить к чувствам и конфликту, который лежит в их основе. По образцу терапевта члены аналитической группы также начинают помогать друг другу с помощью интерпретаций, которые нередко оказываются более точными и эффективными, чем интерпретации терапевта.

Важное значение имеет *анализ сновидений* участников, которые часто отражают их реакции на терапевта и других членов группы. Обсуждая сон, рассказанный одним из участников, члены группы одновременно интерпретируют его и проецируют собственные переживания; зачастую этот процесс приводит к ценным инсайтам.

Освобождение группы от групповой тайны или позиции, устойчиво блокирующей групповую динамику, может потребовать *конфронтации психотерапевта*. Она осуществляется в простой и четкой форме после мысленного анализа ситуации, выработки

тактики в ответ на различные возможные реакции группы на конфронтацию. Обычно это «размышления вслух», которые высказываются не менее чем за 15 минут до конца сессии. Нельзя использовать конфронтацию для защиты себя или другого участника группы.

Вмешательство аналитика имеет целью достижение участниками группы *инсайта*, который помогает им понять глубинную суть их конфликтов. Однако для того чтобы изменить неадаптивные формы поведения и защиты, приводящие к ним, необходимо проработать сопротивление. Процесс *групповой проработки* включает в себя повторное переживание незавершенных событий в контексте множественного переноса. Финалом этой проработки является экспериментирование с новыми, более зрелыми формами поведения и закрепление новых навыков в процессе взаимодействий между членами группы.

Закрытая группа, выполнив поставленные в начале работы задачи, вступает в *завершающую фазу,* когда группа освобождается от переноса, а терапевт – от контрпереноса. Это требует проработки боли разлуки, страха расставания, который проявляется разочарованием в психотерапевте (реакция девальвации), кратковременным преходящим обострением симптоматики. Некоторые пациенты ищут различные предлоги, чтобы покинуть «умирающую» группу. Если группа в состоянии самостоятельно анализировать сложившуюся ситуацию, то терапию пора прекращать.

Аналитик выполняет в группе одновременно функции администратора, отзывчивого руководителя, гида и служителя группы. Всегда следуя за группой, аналитик выслушивает ее членов, прежде чем дать интерпретацию или ответить на вопрос; он слушает их даже тогда, когда думает, что понимает и знает правильный ответ. Аналитик наблюдает: сможет ли группа сама найти решение, а если нет, то задается вопросом: почему? Он может иногда помогать группе, но не использует анализ или интерпретации как форму психической защиты. Аналитик пытается узнать, как и почему группа уходит от понимания истоков конфликтов. Все интерпретации учитывают, что группа – это целостное образование.

В центре внимания аналитика находится болезнь пациента или его психологическая проблема; одновременно он показывает пациенту, что не является его родителем. Вопрос о том, как аналитику реагировать на провокацию, вызов или агрессию со стороны члена группы, выносится на свободное обсуждение группы. Тема и текст для анализа берутся аналитиком из групповых ассоциаций. Он обучает пациентов в основном тому,

как надо выражать и принимать чувства окружающих людей.

Аналитик должен освободиться от функции экрана для властных фигур участников группы. В функционировании группы он различает социальное и культурное. Социальное структурирует психическую энергию в соответствии со структурой общества, а культурное придает ей смысл и значение. При этом групповая культура в групп-анализе является эквивалентом индивидуума.

Своими интерпретациями он помогает участникам осознать описанные проявления и связь последних с ранними отношениями. Благодаря этому члены группы устраняют чрезмерную зависимость от авторитетов и строят равноправные и гармоничные взаимоотношения.

Психотерапевт концентрируется на общем межличностном поле, в котором сталкиваются бессознательные реакции участников. Он активизирует групповой процесс, вербализует в четкой словесной форме то, что группа может понять и разделить, интерпретирует бессознательные аспекты происходящего. Ведущий устанавливает ограничения, остается относительно «анонимным» и объективным, чтобы члены группы могли осуществить перенос, отмечает наличие сопротивления или переноса и интерпретирует их смысл, помогает пациентам проработать незавершенные события.

Основные задачи психотерапевта.

● Обеспечить участникам группы климат, который поможет пациентам воспроизвести в группе ранние семейные отношения.

● Раскрыть подавленные чувства, связанные с событиями прошлого, которые продолжают влиять на поведение участников в настоящем.

● Сопровождать групповое взаимодействие посредством создания атмосферы доверия и толерантности.

● Облегчить достижение инсайта, касающегося нарушений психического развития пациентов, и стимулировать коррективный эмоциональный опыт.

● Обеспечить активное участие всех пациентов в групповом взаимодействии, освободить группу от зависимости от ведущего.

Отношения группы с руководителем проходят три стадии: а) его обожествление; б) соперничество с ним; в) установление компромисса путем формирования новых групповых отношений.

Члены группы одновременно имеют дело и с личным, и с коллективным бессознательным материалом, поэтому они с трудом осознают межличностные конфликты. Аналитик должен драматизировать эти конфликты, настаивать на повторении

важных тем. Он рассматривает любое явление, комментирует или толкует его на основе целостной ситуации, которая складывается каждый момент в группе, в то же время учитывает историю ее возникновения и возможные перспективы развития.

Разрешение на слова и поступки аналитик получает от группы, находясь внутри динамической ситуации, возникающей в ней. Он может открывать собственные чувства, допускает проявления любви и ненависти к себе. От терапевта требуется быть одновременно «дирижером» группы и ее «первым слугой». Он выясняет, что содержится в подтексте сказанного или увиденного и интересуется, почему это было сказано сейчас и в данной форме.

Участники группы вначале испытывают тревогу, подозрительность, конкурируют за внимание аналитика, проявляя чувства любви и гнева по отношению друг к другу. Аналитик не управляет этими чувствами, что позволяет проявиться тем аффектам и ролям, которые присущи пациентам в реальной жизни. Для каждого пациента необходимо установить контакт с наиболее важной родительской фигурой. Поэтому женщина-аналитик должна использовать свое мужское начало, чтобы выполнять роль отца: управлять агрессией, инициативой; мужчина-терапевт включает свое женское начало: чуткость, зависимость и т. п.

Важнее всего для аналитика быть искренним, не стремиться играть роль безупречного отца или магического спасителя. Он должен олицетворять любовь к истине и воплощать демократические принципы. На стадии внедрения групповой культуры он более активен, затем ограничивается интерпретациями, а на поздних стадиях развития группы достаточно его присутствия.

Аналитик следит, чтобы группа не стала для кого-то «Обществом № 2», не заменила реальную жизнь, особенно для больных неврозами с их изоляцией от общества и фиксацией на семье. Он поддерживает атмосферу эмоциональной свободы посредством открытости собственным чувствам; оказывает поддержку, когда она терапевтична или когда группа не обеспечивает ее; приветствует проявления переноса в группе как возможность для плодотворной работы.

Аналитик выявляет деструктивные альянсы; помогает членам группы осознавать и взаимодействовать с собственным сопротивлением и сопротивлением группы как целого, привлекает внимание членов группы к тонким аспектам поведения и помогает им в глубоком исследовании себя посредством вопросов. Постепенно он передает все больше своих

функций группе; старается осознавать и исправлять свои ошибки, при необходимости – публично.

Важнейшим инструментом исследования группового процесса и отношения группы к аналитику является *контрперенос* как реакция ведущего на группу в целом и ее участников в отдельности. Выделяют 5 проявлений контрпереноса у группового терапевта:

1) потребность в постоянной поддержке и одобрении;

2) идентификация с проблемами участников;

3) влюбленность терапевта и сексуальные чувства по отношению к участникам;

4) навязывание советов и

5) желание поддерживать отношения с участниками группы за ее пределами.

Ведущий может использовать группу или подходящего участника с целью компенсации собственных травматических детских переживаний. Проецируя черты, которые аналитик не приемлет в себе, на пациентов, он воспринимает их как «неизлечимых». Чрезмерное отождествление с каждым членом группы делает невозможной эффективную работу с группой. Поэтому психотерапевт должен сам пройти курс групп-анализа, а в начале профессиональной деятельности приглашать на групповые сессии супервизора или участвовать в балинт-группе[43].

Упражнения

«Свободные ассоциации»

Инструкция: «У каждого из нас есть внутри “природный” голос, который хочет звучать естественно. Помогите ему. Попытайтесь сначала услышать его. Закройте глаза и прислушайтесь к внутреннему потоку слов, проходящему через вас, – отдельные слова, фрагменты предложений, целые фразы, паузы, иногда медленнее, иногда быстрее… (2 минуты.)

Возьмите бумагу и ручку и напишите все, что слышите внутри себя. Если вы ничего не слышите, напишите, что вы могли бы услышать, если бы ваше «внутреннее ухо» открылось. Делайте это в течение 10 минут. Затем тот, кто захочет, прочитает написанное партнеру или всем участникам».

«Обмен снами»

Инструкция: «Попросите партнера рассказать свой сон. Расскажите его другому участнику, но от первого лица и выслушайте сон, услышанный им от своего предыдущего партнера, но тоже рассказанный вам от первого лица. Вновь смените партнера и обменяйтесь сновидениями, используя теперь еще больший набор снов». Затем каждый участник выбирает любой из образовавшегося набора снов и рассказывает его группе как свой собственный. Группа ищет эротическую символику сна.

«Диалог рук»

Инструкция: «Если мы попробуем писать обеими руками, то обнаружим, что правая (у правшей) рука выражает скорее привычные образцы, а левая ориентируется на наш “внутренний голос”. Запишите обеими руками попеременно короткий “диалог”. Выберите какую-нибудь авторитетную фигуру – отца, мать, начальника или еще кого-нибудь. Представьте, что этот человек разговаривает с вами. Запишите правой (или доминирующей) рукой, что он говорит, придав его словам типичное “авторитетное” звучание. Ответьте своим собственным “внутренним голосом” и запишите свой ответ другой рукой. Выразите то, что вы действительно думаете и чувствуете. Продолжайте диалог, пока каждый “голос” не выскажется несколько раз. Потом можно будет поделиться в паре или в

кругу».

Понравилось упражнение про сон. Очень интересно себя ощущала, когда рассказывала от своего имени про сон другого человека. Скажу, что мне это удалось относительно легко, тем более что человек, которому я это рассказывала, не задавал мне никаких уточняющих вопросов и я могла добавлять в пересказ и что-то свое. Очень для меня ценно было, что автору другого сна, рассказанного мне, оказалась очень важной моя интерпретация его сна. Он на следующий день подошел ко мне и опять спросил про мою интерпретацию. Мне было немного даже неловко, что я в момент слушания как-то совсем не вжилась в этот сон. Но в моей версии его сна клиент, как мне показалось, что-то для себя открыл. Это очень ценно для меня. Я потом еще в голове долго прокручивала наш разговор…

«Автономия»

Договоритесь с партнером, что вы будете выполнять все его приказания, кроме противозаконных и неэтичных. Находясь в положении бесправного двухлетнего ребенка, что вы чувствуете, когда рядом есть кто-то, кто говорит вам, что надо делать, – то есть когда садиться или вставать, как себя вести и т. д.? Когда закончите, обсудите свои переживания с партнером.

«Запретный плод»

В центр круга кладут какой-нибудь предмет. Инструкция: «Этот предмет сейчас тайно символизирует что-то очень интересное для вас, но запрещенное по моральным или другим соображениям. Хочется и колется – как вы с этим поступите? Действуйте!» Когда каждый участник проделает это упражнение, проводится анализ борьбы мотивов.

«Инициатива»

В отличие от предыдущего упражнения вы имеете право говорить «нет», однако не можете сами ничего предлагать. После окончания упражнения обсудите с партнером, что значит быть лишенным инициативы.

«Лицом к лицу»

Инструкция: «Найдите партнера, с которым вам трудно. Сядьте лицом к лицу на близком расстоянии. Молча в течение одной минуты рассматривайте друг друга. Заметьте все части лица: глаза, веки, брови, ноздри, мышцы лица и шеи. Запомните цвет кожи и любые, даже незначительные, его изменения. Рассмотрите все тело: его размер и форму, одежду, любые движения рук или ног, положение спины и плеч. Закройте глаза и обратите внимание на свои мысли, чувства и телесные ощущения. Подумайте, кого больше всего напоминает ваш партнер? Как вы относитесь к тому человеку, которого вам напоминает ваш партнер? Через минуту откройте глаза и поделитесь друг с другом всем, что вы узнали, и какие чувства вы испытываете по этому поводу».

«Исследование проекций» [44]

Инструкция: «Мне хочется предложить вам упражнение, которое поможет вам понять истинную причину тех чувств, которые вы испытываете к другим членам группы. Возможно, среди участников группы есть люди, которые вас восхищают или, наоборот, раздражают, от которых вы стараетесь держаться подальше. В этих случаях может оказаться, что вы переносите на другого человека свои собственные позитивные или негативные чувства или же другой участник напоминает вам какого-нибудь значимого для вас человека: мать, отца, мужа или жену и т. д.

Определите для себя такого члена группы и произнесите речь на тему “Ты человек, который…”. Прежде всего скажите партнеру, что вы о нем думаете, что вы видите в нем хорошего или неприятного, какие качества вы ему приписываете и каких действий ожидаете от него. Пусть партнер выслушает вас молча. Когда вы закончите, он даст вам обратную связь и скажет, какие из ваших предположений верны. Затем обдумайте, в какой мере вы спроецировали на него свои собственные качества или качества значимых для вас людей…» В заключение проводится общее обсуждение.

«Проекция на ведущего»

Каждый участник записывает на одном листке вопрос, который он хотели бы задать ведущему, а на другом листке – предполагаемый ответ ведущего. Листок с вопросами отдается ведущему и затем его ответ сравнивается с предполагаемым.

Вариант: ведущий рассказывает о себе незаконченную историю. Каждый участник дописывает ее, затем ведущий заканчивает свой рассказ, и проводится обсуждение вариантов.

«Перевод вопросов пациентов в сообщения»

В роли Аналитика переводите вопросы группы в сообщения относительно текущего терапевтического взаимодействия:

- Вы проходили анализ?
- Вы участвовали в группах?
- Как давно вы работаете?
- У вас есть семья?
- Как вы ко мне относитесь?
- Я правильно говорю?
- Что мне делать?

и другие типичные вопросы пациентов к ведущему.

Самоконтроль контрпереноса

- Не слишком ли нравится (или не нравится) мне кто-либо из участников группы?
- Не слишком ли я реагирую на чью-либо боль?
- Желаю/избегаю ли я встреч с кем-то из участников?
- Забочусь ли я или много думаю о ком-либо между встречами группы?
- Трудно ли мне сосредоточиться, думая о ком-либо?
- Проявляю ли я нетерпеливость из-за чьего-либо терапевтического прогресса?
- Не слишком ли много я думаю о том, как помочь кому-либо?
- Не опекаю ли я кого-либо из участников?

Трансактный анализ

Мать всегда говорила ей, чтобы она берегла себя и носила резиновые сапоги, чтобы не замочить ноги; кроме того, она говорила ей: «Чтоб ты провалилась». Будучи хорошей девочкой, она была в резиновых сапогах, когда упала с моста.

Эрик Берн

Цель трансактного анализа, по Эрику Берну (2003, 2005, 2015), состоит в том, чтобы помочь человеку в освобождении от сценариев и нечестных игр, подвести его к переоценке ранних решений и сформировать новую основу для осознания своей жизни.

Терапевт принимает дидактическую роль, обучает пациентов тому, как осознавать: а) игры, в которые они играют для того, чтобы избежать близости; б) эго-состояния, в которых они функционируют в конкретной трансакции[45]; в) саморазрушающие аспекты ранних решений. Терапевт помогает участникам группы в адаптации первоначального жизненного плана.

Техники трансактного анализа включают в себя использование опросника, направленного на анализ сценария, определяющего ранние запреты и решения, игры и жизненную позицию; моделирование семьи; ролевую игру и структурный анализ. Поскольку акцент делается на отношениях равенства между пациентами и терапевтом, ответственность разделяется в соответствии с заключенным контрактом. Члены группы и терапевт закрепляют в контракте, каких изменений хотят достигнуть участники и какие проблемы и трудности они могут исследовать в группе.

По Берну, человек вступает во взаимодействие с другими (трансакции) в соответствии с неосознанными «ранними решениями», проживает свою жизнь по «сценарию», написанному для него родителями. Конечной целью трансакции является достижение автономии личности, определение собственной судьбы, принятие ответственности за свои чувства и поступки. Задачи терапии – осознать непродуктивные, нетворческие стереотипы поведения, выявить собственные потребности и возможности, сформировать новую систему ценностей и

переписать свой жизненный сценарий.

На первом этапе терапии пациент решает, что он должен изменить в себе (убеждения, отношения, стереотипы), чтобы приобрести личностную автономию. Достижению этой цели способствует терапевтический контракт. Он включает задачи, которые ставит пациент перед собой, критерии оценки результата, предложения терапевта по лечению, требования к пациенту, ответственность сторон. В процессе занятий контракт может дополняться и изменяться.

Клод Штайнер (2003, 2004) отмечает четыре условия *эффективного контракта:* взаимное согласие, адекватная компенсация (оплата рабочего времени терапевта), компетентность (профессиональные возможности терапевта, психические и физические ресурсы пациента, необходимые для выполнения поставленной задачи) и законность.

Трансактный анализ (ТА) включает в себя:

- *структурный анализ* – анализ структуры личности;
- *анализ трансакций* – вербальных и невербальных взаимодействий с людьми;
- *анализ нечестных игр* – скрытых трансакций, приводящих к выигрышу;
- *анализ сценария* (скрипт-анализ).

Структура личности характеризуется тремя состояниями «Я»: Родитель (Р), Взрослый (В) и Ребенок (Д – Дитя). Родитель может быть Критикующим (КР) и Заботящимся (ЗР). В Ребенке выделяют две конструктивные части (Естественный Ребенок и Маленький Профессор) и две неконструктивные (Соглашающийся Ребенок и Бунтующий Ребенок). Взрослый играет роль арбитра между Родителем и Ребенком, вычисляя наиболее рациональное решение. Девиз трансактного анализа: «Будь всегда взрослым». К Взрослому обращается терапевт во время работы.

Структурный анализ заключается в осознании того, в пределах какого состояния «Я»[46] обычно функционируют участники. Это дает возможность членам группы распознать и отделить друг от друга состояния Эго, чтобы затем добиться доминирования Взрослого над Ребенком и Родителем. Последовательность структурного анализа такова: выделение Взрослого, освобождение Естественного Ребенка и Маленького Профессора, знакомство с Родителем.

При взаимодействии людей различают дополнительные, перекрестные и скрытые трансакции. Примером *дополнительной трансакции* может быть просьба участника уточнить правила игры и соответствующее пояснение руководителя. *Перекрестная*

трансакция происходит, когда в ответ на стимул активизируется неподходящее состояние «Я», что приводит к конфликту. Например, ведущий предлагает группе упражнение, а участник резко критикует его.

При *скрытой трансакции* неприемлемый стимул маскируется, становясь скрытым посланием – чаще всего с учетом потребности в признании. В результате возникает скрытый конфликт. Участник может задать ведущему вопрос, который продиктован якобы желанием лучше понять материал (социальный уровень), а на самом деле – страхом перед игрой (психологический уровень). В ответ ведущий вместо игры начинает демонстрировать свои знания.

Нечестная игра представляет собой серию следующих друг за другом трансакций, приводящих к эмоциональному выигрышу (в том числе «любимых», «коллекционируемых» негативных чувств). В этих играх игрок неосознанно обрекает себя на «рэкетные» чувства[47], с помощью которых манипулирует окружающими. Описано множество нечестных, манипулятивных игр, которые схематично сводят к четырем.

1) Я хороший, ты хороший (Я+ Т+) – сотрудничество, симбиоз.

2) Я плохой, ты хороший (Я– Т+) – уход, чувство неполноценности, депрессия.

3) Я плохой, ты плохой (Я– Т—) – выжидание, деструктивная позиция.

4) Я хороший, ты плохой (Я+ Т—) – избавление, криминальность.

Наиболее распространены следующие игры. «Дай мне пинка» и «Посмотри, что я из-за тебя сделал» (мазохизм). «Если бы не ты» – я бы жил активнее (на самом деле я этого боюсь). «Динамо» – я неотразима, а ты грязный козел! «Да, но» – спасибо за совет, но он мне не подходит. «Я лишь пытался помочь тебе», неблагодарный!

Игры разыгрываются парами, тройками и бóльшим количеством участников. Для анализа игры привлекается вся группа, при этом для наглядности активно применяются различные диаграммы, которые чертят мелом на доске или фломастером на листе ватмана.

Берн (2003) выделил 4 вида действий руководителя:

- *деконтаминация* – очищение, выделение эго-состояний;
- *рекатексис* – перемещение психической энергии с одного эго-состояния на другое;
- *прояснение* – контроль Взрослого за другими эго-

состояниями;

● *переориентация* – изменение жизненной позиции на «Я+ Ты+» с сохранением независимости.

Игры, в которые играют люди, являются частью *сценария*. Он записывается в состоянии Ребенка через трансакции, происходившие в детстве с родителями. Родительские сценарные сообщения (предписания, скрипты) могут быть непродуктивными и деструктивными, вплоть до суицидальных. Это заставляет человека играть роль «Лягушки», хотя каждый рождается «Принцем». В формировании жизненного сценария человека участвуют и его детские решения (драйверы).

К. Штайнер[48] (2003) описывает наиболее распространенные женские сценарии: «Женщина на службе семьи», «Искусственная женщина», «Женщина за спиной мужчины», «Бедняжка», «Непривлекательная красавица», «Медсестра», «Толстушка», «Учительница», «Демоническая женщина», «Сильная женщина», «Королева пчел». К мужским сценариям относятся: «Большой и сильный папочка», «Мужчина перед женщиной», «Плейбой», «Простой парень», «Интеллектуал», «Ненавистник».

Автор выделяет также пять правил экономии *поглаживаний* (позитивных и негативных подкреплений):

а) не давай поглаживаний, когда их надо давать;

б) не напрашивайся на поглаживания, когда ты в них нуждаешься;

в) не принимай поглаживаний, если ты нуждаешься в них;

г) не отвергай поглаживаний, когда ты не нуждаешься в них;

д) не гладь себя сам.

В основе ранних негативных решений людей можно выявить 12 родительских предписаний (М. Гулдинг, Р. Гулдинг, 1997)[49]:

1) не живи (сгинь, умри);

2) не будь самим собой (мальчиком, девочкой; будь идеальным ребенком);

3) не будь ребенком (на зависть моему Соглашающемуся Ребенку);

4) не расти и не становись сексуально привлекательным;

5) не делай успехов (не превосходи меня);

6) не делай ничего (не рискуй);

7) не будь первым (первый здесь я);

8) не принадлежи (кому ты нужен такой, кроме меня);

9) не будь близким и не доверяй (я не буду с тобой ласковой и честной);

10) не чувствуй себя хорошо и не будь здоровым (чтобы

получить мое внимание);

11) не думай (что ты умнее меня, не думай о своих проблемах вместо моих);

12) не чувствуй и не замечай собственных ощущений (полагайся на мои).

Известны и 6 паттернов сценарных процессов:

● *Пока не…* (перемоешь всю посуду, не отправишься в постель);

● *После…* (не смейся, как бы плакать не пришлось);

● *Никогда…* (не получишь того, чего очень хочешь);

● *Всегда…* (это случается со мной);

● *Почти…* (в самом конце опять что-то помешало);

● *Открытый конец…* (теперь все хорошо, и я не знаю, чем заняться).

Перед тем как войти в тот или иной сценарный процесс, человек реализует определенный мини-сценарий – *драйвер* (англ. *водитель*). Каждый из них проявляется характерным набором слов, тембром голоса и интонацией, мимикой, жестами и позой.

● «Будь лучшим!» соответствует сценарному процессу «Пока не…». Часто употребляются вводные слова, лишние определения. Стремление раскладывать все по пунктам, рассудительные интонации. Считает на пальцах, складывает пальцы пирамидой, подпирает подбородок в позе мыслителя. Во время пауз глаза устремлены вверх как бы в ожидании истины. В это время рот слегка напряжен, тело прямое.

● «Радуй других!» соответствует сценарному процессу «После…». Характерны противопоставления плохого и хорошего, повышенный интерес к состоянию собеседника. Тон голоса высокий, интонация к концу фразы повышается. Разводит руками, кивает головой. Плечи приподняты и направлены вперед, тело наклонено к собеседнику, на которого смотрит исподлобья.

● «Пытайся!» соответствует сценарному процессу «Всегда…». Часто употребляет глаголы «пытаться», «стараться», «пробовать» вместо «сделать». Голос приглушенный, прикладывает руку козырьком к глазам, к ушам, будто стараясь лучше увидеть или услышать. Руки часто сжаты в кулаки и лежат на коленях. Сидит сгорбившись, наклонясь вперед.

● «Будь сильным!» соответствует сценарному процессу «Никогда…». Говорит о себе как об объекте внешних воздействий, заменяет высказывания о себе общими фразами. Голос низкий, монотонный. Лицо безучастное, тело неподвижное, руки и ноги скрещены.

● «Спеши!» соответствует сценарному процессу «Почти…». Часто употребляет понятия времени, скорости, движения. Говорит быстро, отрывисто, иногда глотая слова. Постоянно поглядывает на часы, постукивает пальцами, притоптывает, вертится на стуле. Возбужденная мимика сочетается с пристальным взглядом.

В основе драйверов лежат следующие ***мифы***:

● «Я могу сделать тебе хорошо» (Заботящийся Родитель);

● «Ты можешь сделать мне хорошо, если будешь думать за меня» (Соглашающийся Ребенок);

● «Своими словами я могу ранить тебя» (Критикующий Родитель);

● «Своими словами ты можешь ранить меня» (Соглашающийся Ребенок).

Выявляют также запреты, или ***тупики***, которые имеют три уровня:

а) Родительский – «Отдохнешь, когда закончишь!»

б) Взаимодействие Детского Эго родителей и Детского Эго ребенка – «Сам во всем виноват, сам и расхлебывай!»

в) Конфликт Соглашающегося и Естественного Ребенка – при полном подавлении последнего возникает тяжелая депрессия.

Тупики приводят к чувству беспомощности, от которого человек защищается с помощью игнорирования стимулов, проблем и возможностей. Результатом становится жизненная пассивность и пессимизм. В основе пассивного поведения лежат 4 уровня игнорирования: наличие возможностей, их значимости, возможности выбора, личных способностей. Так, человек, пассивно ожидающий в ресторане невнимательного официанта, игнорирует возможность повлиять на его поведение и свое доминирующее положение. Этот человек не ищет способов изменить ситуацию и отвергает для себя возможность справиться с ней.

Для взаимной диагностики члены группы используют 4 способа: вербальное и невербальное поведение членов группы, взаимодействие между ними, анализ прошлого индивида и его семейных взаимоотношений, самодиагностику актуальных состояний Эго.

При анализе сценариев используется формула игры Э. Берна[50], отражающая 6 стадий сценарного процесса:

Крючок + Клев = Реакция > Переключение > Смущение > Расплата.

Например, пациент обращается к терапевту за помощью,

сомневаясь в его возможностях. Терапевт «клюет» на эту приманку, так как его Родительское послание гласит: «Ты должен помогать слабым». Реакцией терапевта является попытка решения задачи, поставленной пациентом. Переключение происходит, когда пациент заявляет, что терапевт его не понимает, и уходит. Наступает расплата в виде запрограммированных у обоих «рэкетных» чувств: пациент испытывает возмущение, а терапевт – смущение и ругает себя: «Ну почему это всегда случается со мной!»

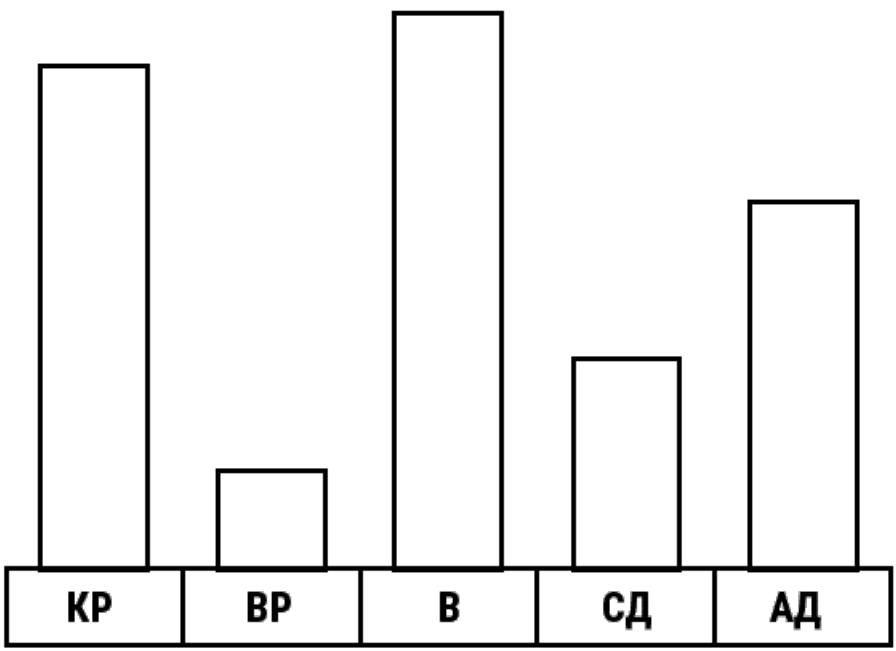
Упражнения

«Заключение контракта»

Напишите на бумаге ответы на следующие вопросы:

- Что бы вы хотели именно для себя такого, что сделало бы вашу жизнь более полной?
- Что надо сделать, чтобы так и получилось?
- Что вы готовы сделать?
- Как вы и другие поймете, что эта цель достигнута?
- Какие у вас есть способы саботировать работу над собой?

«Эограмма Дюссея» [51]

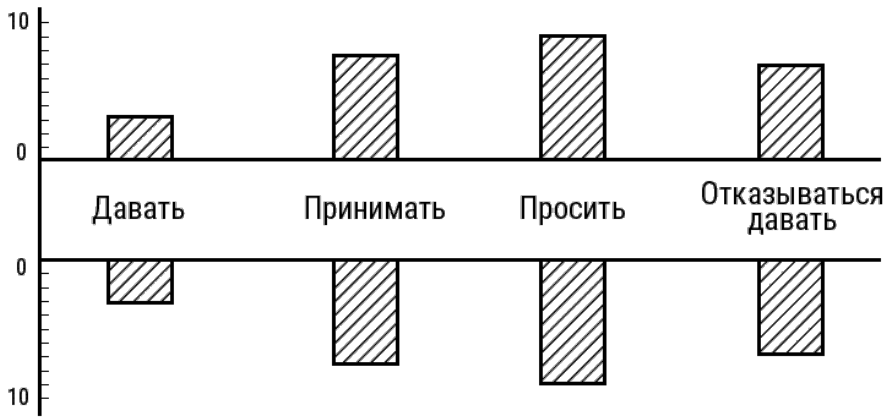


Колонки эограммы соответствуют пяти основным состояниям «Я»: КР – Критикующий Родитель, ВР – Воспитывающий (Заботящийся) Родитель, В – Взрослый, СД – Свободный Ребенок и АД – Адаптивное Дитя (Приспособленный Ребенок). Высота колонок соответствует представлению о том, какую часть времени вы проводите в каждом состоянии. Сделайте свою эограмму.

«Профиль поглаживаний Маккенны» [52]

Проведите на листе бумаги центральную ось и расположите на ней 4 колонки, соответствующие вашему представлению о том, как часто вы:

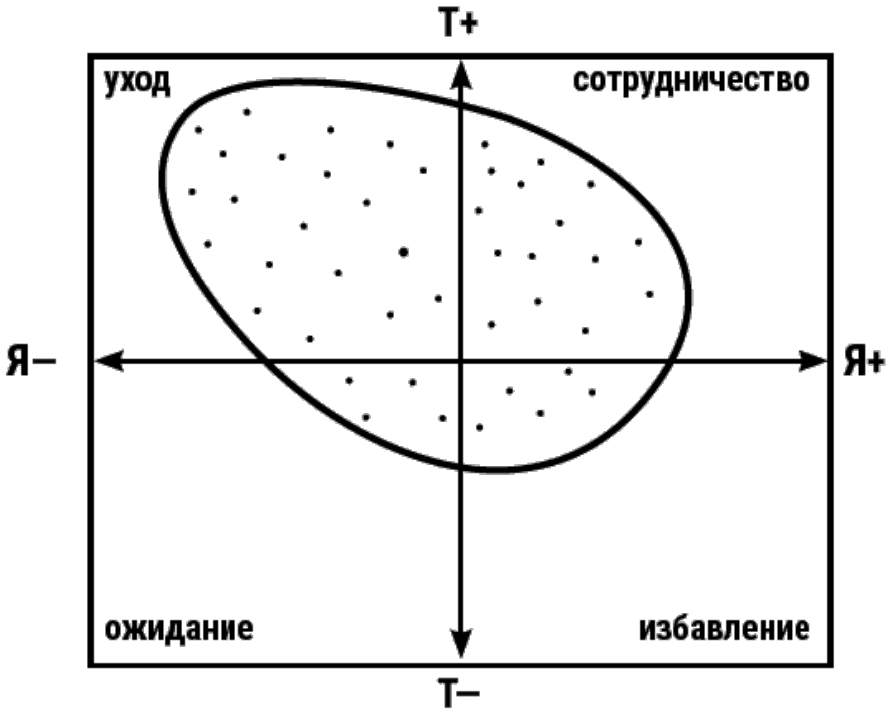
- даете поглаживания;
- принимаете их, когда их вам предлагают;
- просите о поглаживаниях;
- отказываете в поглаживаниях.



Чем больше позитивные поглаживания преобладают над негативными, тем выше от 0 располагается колонка.

«Корралограмма Эрнста» [53]

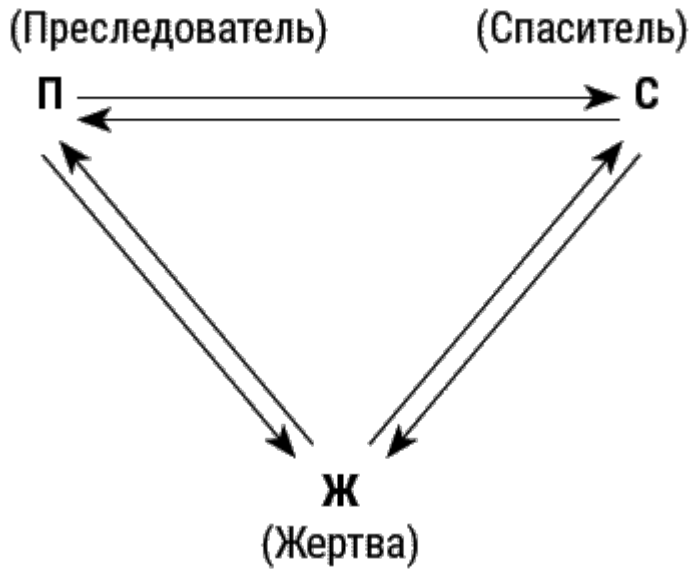
Смоделируйте с партнером нечестную игру и проанализируйте переходы от одной позиции к другой с помощью корралограммы.



На горизонтальной оси слева обозначена позиция «Я – не о’кей», справа – «Я – о’кей». На вертикальной оси вверху – позиция «Ты – о’кей», внизу – «Ты – не о’кей».

«Драматический треугольник Карпмана» [54]

Разыграйте с партнером следующую игру «Алкоголик». Вечером муж приходит пьяный и играет роль Преследователя своей жены. Утром он покаянно выслушивает ее гневные упреки – роли меняются. Затем она звонит на его работу, сообщая, что он не сможет сегодня прийти по семейным обстоятельствам, играя роль его Спасителя.



«Диагностика состояний Эго»

Три участника садятся перед группой, каждый исполняет одно из трех состояний личности: Родителя, Взрослого и Ребенка. Они вступают во взаимодействие по поводу, например, прогулки в лесу. Следующую сцену разыгрывает тройка, представляющая лица противоположного пола. Затем тройки усаживаются одна против другой: Родитель против Родителя, Взрослый против Взрослого и Ребенок против Ребенка. Разыгрывается супружеский конфликт, при этом можно вступать в диалог с любым игроком, оставаясь в избранной позиции.

На занятии учебной группы Бунтующий Ребенок уговорил Критикующего Родителя сходить на озеро покормить лебедей. Там Ребенок начал упрекать Родителя, что тот не захватил хлеба. Родитель во всем обвинял Ребенка, грозил наказанием и предложил ему остаться со Взрослым, который охотно согласился. Во время обсуждения участница, игравшая Взрослого, отметила, что в семье также разделяет конфликтующие стороны, входя в союз с одной из них, из-за чего существует постоянное напряжение.

«Репетиция сценария»

Участник и его партнеры разыгрывают его проблему, остальные члены группы стоят в роли Родителя, сидят на полу в роли Ребенка или, сидя на стульях, комментируют происходящее как Взрослый.

«Пустые стулья» (для диагностики скрипт-анализа (по Э.Берну) и драйверов)

«Рассадите» свои эго-состояния и призовите их к взаимодействию.

«Футболка»

Участники делают бумажную футболку: сгибают листок и на сгибе отрывают «горловину». На передней стороне делают надпись, соответствующую своему имиджу, а на задней – своей скрытой части. Затем каждый надевает футболку на средний палец, как на пупса, ходит по аудитории, показывая свою футболку спереди и сзади и рассматривает другие футболки, выбирая себе пару.

«Жертва, Преследователь и Спаситель»

Участники мысленно выбирают себе Преследователя и Спасителя и, прохаживаясь по комнате, стараются быть подальше от Преследователя и иметь между ним и собой Спасителя. По сигналу «Стоп!» все останавливаются на месте и выясняют распределение ролей.

Избранная на роль Преследователя совсем мной не интересовалась, а Спаситель даже не стала участвовать в броуновском движении. Зато я увидела свободный стул рядом со Спасителем и подумала, что если «прозвенит звонок» и Преследователь каким-нибудь образом окажется рядом, то я смогу добежать до этого стула. Но Преследователь так и не обратила на меня внимания, а вскоре и я ее потеряла из виду. Просто бродила. Зато четко ощущала себя объектом пристального внимания со стороны другого человека, который выбрал меня Спасителем и все время вертелся вокруг…

Когда анализировали, что происходило в групповой работе, мне подумалось, что и в моей жизни, пожалуй, тоже так происходит. Преследователей я не замечаю

(или они не замечают меня). Спасителей могу себе «наметить» и на всякий случай держать в фокусе внимания свободное место рядом с ними, но пользоваться ими не буду, пока не наступит «момент Х». Зато меня всегда выбирают в Спасители другие, и это не всегда комфортно… ограничивает мое свободное движение временами.

* * *

По какой-то причине аж 4 человека (!) выбрали меня Преследователем. Как это: я – и Преследователь? Решила пойти в народ и выяснила удивительную вещь: все просто играли и сказали, что ничего личного. Это что, одна я так буквально все понимаю? Может, народ слукавил, не просто ж так меня Преследователем выбрали. Сижу и переживаю, и больше похожа не на Преследователя, а на Жертву. Подумав, понимаю, что в чистом виде обидчика и жертвы нет. Это один и тот же человек содержит в себе эти два амбивалентных качества.

«Самореклама» (для тренировки позитивных самопоглаживаний)

Каждый член группы по очереди хвалит себя, остальные поддерживают его возгласами одобрения, аплодисментами и т. п.

Мне понравилось упражнение «Самореклама». Когда я обошла по кругу участников группы, презентуя им себя с лучших сторон, то поняла, что мои жесты противоречат словам. На словах я себя хвалю, а движениями тела перечеркиваю свои слова, обесцениваю их, закрываюсь, зажимаюсь.

«Позитивное поглаживание по цепочке» передается от соседа к соседу, затем обсуждают, кто как принимал вербальное позитивное поглаживание, и проводят упражнение в обратном направлении.

«Поглаживания в четверках». Участники просят друг друга о поглаживаниях, дают их или отказываются давать. Затем рассказывают, какое поглаживание кто ожидал получить, какое – не ожидал, какие поглаживания понравились, а какие – нет, какие

поглаживания хотел бы получить, но так и не получил, почему сам отказывал в поглаживаниях.

«Выявление драйверов». Группа разбивается на тройки: Пациент, Терапевт и Супервизор. Пациент в течение трех минут рассказывает что-нибудь Терапевту, который следит за временем и при необходимости отвечает. Супервизор записывает обнаруженные им драйверы пациента и по истечении времени сообщает о результатах. Затем участники меняются ролями.

«Выявление жизненного сценария». Ответьте на следующие вопросы:

- Что рассказывали в семье о моем рождении?
- Как было выбрано мое имя?
- Какая любимая сказка или история была у меня в детстве?
- Что случается с людьми вроде меня?
- Если я не изменюсь, чем это кончится?
- Что при этом скажут обо мне другие?
- Какая надпись на надгробии подвела бы итог моей жизни?

Вспомните сообщения, которые вы получали от родителей, и свои ранние решения. Выявите нечестные игры, в которые вы играете, и настройтесь на установление честных взаимоотношений. Исследуйте свои сценарии, пересмотрите свои жизненные позиции и откажитесь от реализации деструктивных планов жизни.

Подведение итогов

Ответьте на вопросы:

- Каким вы считаете сейчас свое положение в жизни?
- Смотрите ли вы теперь на мир иначе, чем раньше?
- Изменили ли вы решение, которое было принято в детстве?
- Отказались ли вы от деструктивных намерений, предписанных вам родителями?
- Можете ли вы сейчас выполнять дела, которые в свое время вам запрещали родители?
- Появился у вас новый герой или вы стали иначе смотреть на старого?
- Бросили ли вы оговорки «если б только», «по крайней мере»?
- Отказались ли вы от игр, в которые играли ваши родители?
- Вы сняли «футболку»?
- Мир в ваших снах стал другим?
- Считаете ли вы, что проживете дольше, чем вам казалось

раньше?

● Изменились ли ваши предполагаемые последние слова в жизни?

● Изменилась ли эпитафия?

● Вы осознаете, как действует на других людей выражение вашего лица?

● Вы знаете, какое состояние «Я» активизировано у вас в данный момент?

● Осознаете ли вы, как воздействуют на вас запахи?

● Вы счастливы или просто храбритесь?

> Задача «сделать человека счастливым» – не входила в план сотворения мира.
>
> *Зигмунд Фрейд*

Драматерапия

Психодрама оказывает целительное действие не столько на зрителя, сколько на режиссера/ актера, который разыгрывает драму и в то же время освобождает себя от нее.

Джекоб Морено

Современные драматерапевты считают психопатологические симптомы следствием ролевых конфликтов и ролевых фиксаций, недостаточной ролевой гибкости и нарушения ролевого развития или же описывают их как «невроз креативности», сопровождающий «снижение мотивации». Психодрама призвана облегчить проявление скрытых чувств, обеспечить достижение инсайта и помочь пациенту создать новые и более эффективные формы поведения, раскрыть неисследованные возможности разрешения конфликтов. Психодрама опирается на теорию катарсиса, объясняющую очищающее воздействие театра как на зрителей, так и на самих актеров. Психодрама включает человека в невербальный взаимообмен партнеров актуальными эмоциями, как положительными, так и отрицательными.

Спецификой психодрамы является *инсайт-в-действии,* имеющий три характеристики: обучение через непосредственный опыт, обучение через действие, некогнитивное (опытное, чувственное) обучение.

Выделяют 4 стадии достижения инсайта:

1) подготовка (парень приглашает девушку на свидание, соперник высмеивает его, девушка уходит);

2) созревание (парень переживает, безуспешно пробует разные способы решения проблемы);

3) озарение (он начинает посещать секцию бокса и проходит ассертивный тренинг);

4) проверка (парень побеждает соперника и возвращает девушку).

В отличие от словесных интерпретаций психоанализа в психодраме используются в основном *«действенные интерпретации»,* которые показывают протагонисту смысл его поведения в форме ролевой игры. При этом перенос выглядит как повторяющееся действие из прошлого, сопротивление – как

противодействие, а отыгрывание в действии происходит через коммуникативное действие.

Если в психоанализе отыгрывание в действии не поощряется, то в психодраме оно представляет необходимую фазу терапевтического процесса. Выделяют 6 аспектов *отыгрывания:*

1) проживание (разыгрывание с помощью движений);
2) эмоциональное отреагирование;
3) помещение в настоящее из прошлого или будущего;
4) выход внутренней реальности вовне;
5) язык действий;
6) заявленные сознательные действия.

Переносы на ведущего и партнеров обычно проявляются в соперничестве за благосклонность ведущего и отражают сиблинговые конфликты[55], которые безотлагательно выявляются, конкретизируются и прорабатываются с помощью методов психодрамы.

Сопротивление в психодраме проявляется: а) в блокировке спонтанности протагониста, б) барьерах между членами группы, в) между группой и драматерапевтом. Таким образом, участники пытаются избежать переживания тревоги, вины и стыда. Сопротивление сначала анализируют, а затем нейтрализуют. Анализ сопротивления в психодраме проходит 3 стадии:

- осознание (идентификация, вербализация);
- выявление причины (от чего защищается);
- отказ от сопротивления (поощрение завершения действия).

Для нейтрализации сопротивления организуется «разогревающий процесс, продвигающийся от периферии к центру» (З. Морено, 1998). Д. Киппер (1993) описывает прием под названием «Временная кончина и оживление группы» для преодоления сопротивления в психодраматической группе. Так, добровольца просят изображать недееспособную группу, лежа на полу как бы в состоянии комы. Он может выборочно отвечать на вопросы тех, кто подойдет к нему. Ведущий обращается к группе со словами: «Вот лежит бездыханная группа. Выясните, можно ли вернуть ее к жизни, и хочет ли она этого. Можете поступать, как хотите, – похоронить или оживить ее. Можете начинать прямо сейчас». Далее ведущий не вмешивается.

Психодраматическое действие предусматривает:

- разыгрывание вместо описания;
- подлинность коллизий и чувств («здесь, сейчас, с нами»);
- максимальную вовлеченность;
- спонтанное реагирование;

- выборочную фокусировку – изменение временных параметров, драматизация;
- расширение познавательных возможностей – защищенность, эмоциональный опыт, сверхреальность (воплощение игры воображения), учет индивидуальных возможностей в продвижении, навык сдерживания;
- последовательность взаимосвязанных разыгрываемых эпизодов.

Психодрама *показана* при неврозах с нарушениями социального поведения и контактов, трудовой и профессиональной деятельности, психосоматических заболеваниях и химической зависимости. Особенно этот вид психотерапии показан пациентам с алекситимией (неспособностью вербализовать эмоциональные переживания и внутренние конфликты), а также людям, из-за робости сдерживающим внешние проявления своих глубинных чувств или сросшимся со своей социальной ролью.

Оптимальные размеры психодраматической группы – 6–9 человек. Предпочтителен гетерогенный состав и открытая форма группы, прием новых членов сопровождается клятвой о групповой тайне и взаимном доверии, открытости и активности. Обычно на групповой сессии в качестве наблюдателей присутствуют коллеги ведущего (директора) и супервизор – обучающий директор.

Групповое занятие может длиться от 15 минут до нескольких часов. Выделяют четыре основные стадии сессии. При этом примерно 15 % времени отводится на подготовительную стадию, 65 % – на стадию действия и 20 % – на две последние стадии: анализ и обсуждение.

1-я стадия психодрамы. На этой стадии последовательно решаются три задачи: разогрев, диагностика, анамнез. Происходит постепенное усиление двигательной активности участников, стимуляция спонтанных поведенческих реакций и фокусировка внимания членов группы на определенной проблеме.

На первом занятии режиссер коротко рассказывает о природе и целях психодрамы, участники могут задать вопросы. В долгосрочной группе часто используется ненаправленная разминка, чтобы подготовить участников к работе. Членов группы могут попросить кратко высказать, что они осознали ко времени прихода на сессию, или прокомментировать свою готовность (или неготовность) к работе.

В процессе разогрева выявляется протагонист – главное

действующее лицо, драматург и режиссер сегодняшней психодрамы. По ходу его самодиагностики и сообщения необходимых анамнестических данных директор отыскивает ключи – индикаторы проблемы в вербальном и невербальном поведении протагониста. Ключи выявляются в процессе разогрева, по ходу его самодиагностики и сообщения необходимых анамнестических данных. На основе найденных ключей может быть разыграна сцена, метафорически изображающая ситуацию: «Два козлика на узкой тропинке» и т. п.

Протагонист вместе с директором подбирает вспомогательные «Я», играющие значимых других и субличности (части личности) пациента. Они должны сопереживать протагонисту, чутко улавливать указания терапевта и вносить в игру собственное чувствование проблемы. Зерка Морено (1998) выделяет 5 функций вспомогательного «Я»:

1) играть нужную для протагониста роль;

2) понимать отношения протагониста к изображаемым персонажам;

3) прояснять не осознаваемые им аспекты отношений;

4) направлять протагониста на поиск разрешения внутренних проблем и межличностных конфликтов;

5) «наводить мосты» для перехода от ролевой игры к реальной жизни.

Вспомогательные «Я» являются посредниками между протагонистом и директором, полученные от них обоих указания определяют их в остальном спонтанную игру. При работе с психически больными необходимо вначале обучать пациентов, исполняющих роли вспомогательных «Я», или использовать ассистентов.

2-я стадия психодраматического действия наиболее продолжительна и динамична. В ней достигаются катарсис[56] и инсайт-в-действии[57] по проблеме (отреагирование и осознание вытесненных чувств). Разыгрываются не только ситуации межличностных отношений пациента, но и фантазии, сны; действующими лицами могут выступать противоборствующие силы человека.

Задача научения решается переигрыванием травмирующей ситуации из прошлого с элементами ролевого тренинга – метода практического обучения, основанного на ролевых играх и имитационных упражнениях. Данная задача при необходимости облегчается изменением сценария, обменом ролями, изменением состава и поведения действующих лиц, а также поддерживающим реагированием зрителей. Протагонисту предлагают завершить

свои фантазии; сделать то, что не было сделано, и переделать то, что было сделано неправильно. Применяются такие приемы, как проекция на будущее и моделирование реальности.

Дж. Кори (2003) рекомендует режиссеру следующие действия.

- Протагониста следует поощрять к тому, чтобы он как можно раньше научился разыгрывать сцены, включающие в себя конфликт взаимоотношений.
- Все действия должны производиться в режиме «здесь и теперь». Таким образом, если человек работает с ситуацией прошлого, режиссер помогает ему говорить в настоящем времени.
- Протагонист нуждается в свободе выбора событий, времени, места и людей, которые будут включены в ситуацию.
- Наиболее разумно начинать работу с менее значимых событий и оставлять травматические сцены на более позднее время.
- Протагониста просят реконструировать ситуацию как можно точнее, избегая при этом чрезмерного погружения в воспоминание конкретных слов и реплик. Важнее выяснить, как ему запомнились основные черты взаимодействия.
- Протагониста следует поощрять к максимально возможному вербальному и невербальному выражению себя. При этом режиссер должен быть предусмотрительным и осторожным.
- Протагонисту можно предоставить возможность сыграть роль каждого человека в разыгрываемой сцене (обмен ролями); это может помочь ему понять, как это событие воспринимают другие участники конфликта, что они чувствуют по этому поводу.

В завершение данной стадии группа выражает глубокое сопереживание протагонисту и принятие, давая ему возможность войти в трансцендентальное измерение. Разыгрываются такие финальные сцены, как получение награды, исправление, последний диалог, предстоящая работа, счастливый конец, родительская забота, комплименты, подарки, разделение (протагониста и группы), групповое фото.

3-я стадия — шеринг («дележка»). Вначале происходит *шеринг из ролей* (ролевая обратная связь). Исполнители тех или иных ролей, в том числе дублеры протагониста, описывают чувства своих персонажей, испытанные во время игры. Терапевт следит, чтобы участники говорили о чувствах, не подменяя их рационализированными интерпретациями, оценками, советами (правила ролевой обратной связи). Происходит восстановление эмоциональной стабильности протагониста, достигается чувство

разделенности проблемы, оптимизма.

Затем протагонист осуществляет *деролинг* (выход из ролей), подходя к каждому участнику со словами: «Ты больше не… Ты (называется реальное имя участника)». Эта процедура позволяет освободиться от остатков ролевых переживаний. Данную стадию завершает *шеринг от себя* (см. упражнения).

Зерка Морено (1998) дает несколько ценных советов по проведению шеринга.

● Участники говорят не о протагонисте, а о своих чувствах к нему и к другим персонажам драматического действия.

● Участники не используют холодный анализ и критику, а выражают уважение и благодарность протагонисту за его публичное самораскрытие.

● Исцеляющего эффекта следует ждать не столько от инсайта, сколько от обмена чувствами.

● Анализ, интерпретации и оценки можно производить только после того, как протагонист успокоится.

Если вместо этого участники группы пытаются анализировать или решать проблемы протагониста, Дж. Кори[58] (2003) рекомендует помочь им следующими вопросами:

● Как психодрама протагониста повлияла на вас?

● Какие чувства вы испытывали, когда участвовали в его психодраме?

● Какие переживания вашей жизни можно соотнести с его ситуацией?

● Родились ли у вас какие-нибудь чувства по отношению к нему, которые вы хотели бы с ним обсудить?

Завершающие задачи данной стадии:

1) оказание помощи членам группы для перенесения того, чему они научились во время сессии, в повседневную жизнь;

2) подведение итогов и выделение основных моментов сессии;

3) планирование следующей сессии или определение будущих тем для работы;

4) обеспечение дополнительной поддержки;

5) введение какого-либо ритуала завершения (если он адекватен ситуации);

6) работа с чувствами, касающимися отделения и ухода;

7) обращение к незавершенным моментам сессии или поощрение членов группы на краткое выражение того, что не было высказано.

4-я стадия – процессинг (процесс-анализ) представляет собой дидактическую конференцию, которая посвящается обучению с углубленным пониманием техники. Процессинг может центрироваться на обучающемся терапевте, на протагонисте, на группе. Выявленные личностные проблемы обучающегося терапевта оставляются для личной терапии и проработки на следующих сессиях. Публичное обсуждение личности протагониста в его присутствии протекает как обучение теории личности, при необходимости особенности его личности анализируются в его отсутствие в группе студентов. Позиция преподавателя во время процессинга сочетает критический анализ с поддержкой.

Ответственность в психодраме распределяется следующим образом. Терапевт предлагает специальные техники, направленные на интенсификацию чувств, воссоздание ситуации прошлого и обеспечение нового уровня сознания конфликта; убеждается в том, что протагонист продвинулся вперед и у других членов группы есть возможность поделиться тем, что они испытали во время психодрамы. Члены группы предоставляют материал для психодрамы и, если выступают в роли протагониста, управляют собственной психодрамой.

В задачу терапевта входит разогрев группы, помощь в организации психодрамы, управление действием, которое происходит на сцене, и совместное с участниками исследование результатов. Он должен также обеспечить сопровождение (фасилитацию)[59], наблюдение, управление и творческий настрой. Основными техниками являются: презентация себя, презентация других, интервью в роли другого и интервью в роли себя, монолог, смена ролей, дубль, вспомогательное «Я», зеркало и проекция в будущее.

Драматерапевт должен (Холмс[60] и Карп[61], 1997):

- иметь твердый и оптимистический взгляд на потенциал группы;
- быть уверенным в себе и создавать ощущение, что в группе происходят какие-то позитивные изменения;
- создавать ситуации, когда все становится возможным: ведущий в состоянии создать атмосферу волшебного творчества;
- создавать атмосферу, в которой все неизвестное, непроговоренное, неслучившееся оказывается столь же важным, как и все, что произошло в жизни;
- обладать подлинным ощущением игры, удовольствия, свежести и уметь воплощать и юмор, и пафос;
- иметь изначальные идеи, мечты и фантазии Морено и быть

способным воплотить их в действии;

● иметь склонность к риску; уметь оказать поддержку, стимулировать, а иногда и провоцировать участника на терапевтическую работу;

● уметь индуцировать в других ощущение спонтанности и творческого полета, которые приводят к личностным изменениям.

Д. Киппер[62] (1993) отобразил составляющие роли драматерапевта в следующей таблице.

Функция	Обязанности	Основные задачи
Терапевт	Обеспечение психотерапевтического содержания сеанса	Наблюдение, оценка, планирование
Режиссер	Ведение, построение и поддержание метода клинических ролевых игр	Разогрев, подбор ключей, выбор сцен, завершение
Катализатор	Обеспечение терапевтического содержания сеанса посредством клинических ролевых игр	Построение сцен, использование вспомогательных лиц и специальных техник, участие, моделирование и инструктаж

Дж. Кори (2003) описывает функции драматерапевта подробнее.

● Планирование сессии таким образом, чтобы разные члены группы имели возможность побыть протагонистами и чтобы исследуемые проблемы соответствовали потребностям и интересам группы.

● Обеспечение толерантности и атмосферы принятия, которая облегчает спонтанное выражение чувств, связанных со значимыми событиями.

● Разогрев группы, чтобы участники были психологически готовы к свободному и полному исследованию своих проблем и определили свои цели.

● Обеспечение поддержки протагониста и некоторое руководство, включающее в себя предложение соответствующих техник, поощрение спонтанности и катарсиса, помощь протагонисту в интерпретации того, что он пережил во время психодрамы.

● Акцентирование отношений (драматизация конфликтных моментов для облегчения их осознания), которые могут быть

исследованы, предложение сцен, которые можно сыграть, и экспериментов, которые можно провести.

● Право прервать действие для уточнения происходящего, если в этом есть необходимость, и обязанность убедиться в том, что роль была сыграна должным образом.

● Внимание к реакциям членов группы и, если это кажется уместным или необходимым, вовлечение других участников в психодраму. Помощь другим членам группы в получении терапевтической пользы от этого опыта.

● Защита протагониста от словесных нападок других членов группы, от упрощенных указаний и советов.

● Проведение групповой дискуссии после того, как закончится действие. Поощрение членов группы к тому, чтобы дать протагонисту обратную связь и поделиться тем, что они испытали во время психодрамы, чему они научились, какие чувства или события, пережитые ими в реальной жизни, схожи с чувствами или ситуацией протагониста.

● Подведение итогов на основе обратной связи, полученной в ходе дискуссии и инсценировки, что обеспечивает завершение полученного опыта и позволяет перейти к новой области исследования.

Упражнения

«Разогрев»

Инструкция: «Подумайте, к какому времени относятся отношения, которые вы хотели бы прояснить для себя: к прошлому или настоящему? Сформируйте пары и в течение нескольких минут делитесь со своим партнером конфликтом, который вы хотели бы исследовать в ходе сессии.

Поделитесь своими пожеланиями или жалобами. Сделайте несколько кратких комментариев о том, что вы переживаете в данный момент и какую личностную работу вы хотели бы провести во время предстоящей сессии.

Подумайте, какую фразу вы очень хотите (или очень не хотите) услышать от кого-либо из партнеров по группе, или от своего друга, или члена семьи. А теперь станьте этим человеком и произнесите эту фразу».

По окончании монологов происходит обсуждение услышанного и пережитого всеми членами группы.

«Самопредставление»

Каждый член группы по очереди рассказывает о себе или отвечает на наводящие вопросы терапевта.

«Исполнение роли»

Исполнение роли человека, субличности, части тела, предмета, понятия.

«Пустой стул»

В центр комнаты ставят стул, и каждый по очереди или по желанию обращается к нему так, будто на нем сидит значимый другой или собственная субличность. Общение происходит в произвольной форме. По окончании упражнения терапевт подводит итоги услышанному и увиденному.

«Что мешает мне позаботиться о себе»

Инструкция: «Опишите партнеру свою ситуацию. Возьмите на себя роль той части, которая нуждается в помощи, и выразите ее в

действии. Сделайте то же самое с частью, которая мешает вам позаботиться о себе. Затем пусть партнер возьмет на себя эти роли. Обсудите с ним альтернативы и выразите это в действиях».

Вариант для троек: «После того как вы определили части и нашли способы их выражения, вы создаете скульптуру, где партнеры берут на себя роли разных частей».

«Монолог с двойником»

Один из участников расхаживает в кругу, образованном группой, и произносит свободные ассоциации. Через несколько минут другой участник встает за его спиной и повторяет все его слова и движения. Двойник настраивается на скрытые мысли и чувства выступающего и начинает изображать и их. Через несколько минут двойника сменяет следующий участник, пока в этой роли не побудет каждый член группы.

«Техника Мидаса» [63]

Группа пытается по поведению участника, отличающегося сдержанностью, определить его тайные желания. Затем с согласия участника дублеры в преувеличенном виде отображают соответствующие его проявления.

«Возврат во времени»

Моделирование прошлого по принципу «здесь и теперь».

«Шаг в будущее»

Разыгрывание ожидаемого или воображаемого будущего.

«Сновидение»

Разыгрывается как реальная ситуация, чтобы понять его экзистенциальный смысл и при необходимости научить участника видеть приятные сны.

«Письмо»

Участники по очереди пишут на воображаемой бумаге вслух предельно откровенные письма значимым другим, дублер дописывает постскриптумы.

«Телефонный разговор»

Действие происходит так же, как и в упражнении «Письмо», но только по телефону, в качестве абонента отвечает вспомогательное лицо.

Реплики в сторону

(при невозможности высказать что-то партнеру прямо).

«Вымышленные персонажи»

Ведущий наделяет участников группы персонажами какого-либо рассказа или пьесы и обсуждает с каждым его роль, а затем с группой – свой выбор и реакцию партнеров.

«Близкие и далекие»

Терапевт размещает членов группы в пространстве комнаты, назначает каждому определенную роль, определяя позу персонажа и снабжая его соответствующей репликой. В заключение персонажи начинают взаимодействовать друг с другом. *Вариант игры:* терапевт расставляет участников вокруг себя на дистанции, соответствующей его представлению о степени близости между людьми.

«Скульптура семьи»

Терапевт выбирает в группе тех, кто напоминает ему членов семьи, в том числе тех, с которыми он рос. Усаживает «семью» за обеденный стол или размещает в определенных позах для разыгрывания какой-то ключевой ситуации. Расстояние между членами семьи символизирует близость их отношений. Каждому дается краткая информация о его прототипе и реплика, отражающая характер персонажа. Затем терапевт занимает собственное место в семье. Все несколько минут вживаются в свои роли, взаимодействуют в ролях и потом делятся своими впечатлениями.

Я стала участником психодраматической постановки. Первоначально я почувствовала все то же самое, что описывала протагонистка[64] в своем детстве, но по мере разворачивания событий и действий постановка

сильно менялась, и эмоции коммуникаторов тоже. Очень большим потрясением было для меня понимание, насколько невнимательны мы к тому, что и как говорим, и какое производим впечатление, желая или не желая этого. И насколько мы настоящие можем отличаться от наших присвоенных ролей.

«Шахматная доска»

Участник в роли короля выбирает другие фигуры, которые нападают на него или защищают. Так разыгрывается шахматная партия, а затем происходит общее обсуждение.

«Свеча»

Свеча позволяет члену группы несколько минут побыть на авансцене в роли протагониста.

«Матрешка»

Упражнение предполагает «послойное» самораскрытие с матрешкой в руках. Участник игры берет в руки матрешку и, открывая новую фигурку, рассказывает о себе или высказывается на важные для себя темы.

«Снаружи и внутри»

Упражнение предполагает самораскрытие, в ходе которого участник пересаживается по ряду стульев, каждый из которых символизирует все более скрытый слой личности.

Вопросы протагонисту:

● Кто доставляет вам больше всего проблем, с кем вы связываете свои трудности?

● Какие несколько слов или фраз могут лучше всего описать ваших отца и мать?

● Вы можете назвать основные сообщения, которые вы получали от родителей?

● В какие моменты вы чувствуете себя наиболее изолированным от других и покинутым?

● Что вы делаете, когда чувствуете себя отверженным или нелюбимым?

● На сколько лет вы себя чувствуете сейчас?

● В чем бы вы хотели изменить поведение своего мужа/жены по отношению к вам? В какие моменты вы чувствуете, что ваш

муж/жена критичнее всего к вам?

● Какие слова мужа/жены расстраивают больше всего?

● Какие несколько фраз хотели бы вы сказать своему ребенку?

● Что бы вы хотели услышать от него?

«На троне»

Протагонист садится на стол, как на трон перед своими подданными, они выражают восхищение его достоинствами.

«Горячий стул» (разговоры за спиной)

Протагонист садится спиной к группе и слушает, как его обсуждают.

«Театр сновидения»

Участники разыгрывают части сна под управлением сновидца, который распределяет роли и задает нужное ему направление или предоставляет участникам свободу импровизации.

«Фотоальбом»

Протагонист описывает свою давнюю фотографию, сажает на стул дублера, представляющего его на фото, и вступает с ним в диалог.

«Тест на спонтанность»

Протагониста неожиданно ставят в заранее подготовленную с дублерами ситуацию и просят действовать как можно естественнее.

«Зеркало»

Показ протагонисту, сидящему в это время в зале, определенных особенностей его поведения – возможно, в преувеличенном виде.

«Обмен ролями»

Обмен ролями позволяет протагонисту не только увидеть себя со стороны, но и побыть в роли значимого другого или отождествиться со своей субличностью, чтобы лучше ее прочувствовать и осознать.

«Дублирование»

Привлечение альтер эго протагониста для отражения и озвучивания скрытых аспектов его поведения.

«Максимизация»

Терапевт предписывает протагонисту довести до максимума проявление сопротивления с целью осознать его.

«Конкретизация»

Абстрактное выражение сопротивления воплощается в физической форме.

«Круг давления» (прорыв вовне)

Круг символизирует давление и гнет, который испытывает протагонист. Круг образуют члены группы или расставленные протагонистом стулья, кого-то или что-то изображающие. Протагонист прорывается из круга, отодвигает стулья.

«Стена» (прорыв внутрь)

Круг участников символизирует внутренние барьеры протагониста, отделяющие его от значимого человека, роль которого исполняет участник, стоящий внутри круга.

«Круг утешения»

Участники окружают протагониста и выражают ему словами и невербально свое сочувствие и любовь. Применяется после отреагирования печали и при завершении работы.

«Шеринг из ролей»

Исполнители тех или иных ролей, в том числе дублеры протагониста, описывают чувства своих персонажей, испытанные

во время игры.

«Деролинг»

Протагонист подходит к каждому участнику со словами: «Ты больше не… Ты (называется реальное имя участника)».

«Шеринг от себя»

Зрители оценивают точность выражения чувств, высказывают мнение об исполнении ролей, отмечают проявленные протагонистом ресурсы, достигнутое им понимание проблем и полученные умения. Затем участники описывают то, что они испытывали по отношению к своей роли, свои чувства в отношении разыгранного конфликта. После этого все рассказывают о собственных проблемах, которые они осознали во время сессии (идентификация проблем). Выделяются новые способы реагирования и обсуждаются возможности применения их в будущем.

Вопросы участникам:

● Что нового вы узнали для себя из роли терапевта, протагониста, дополнительного «Я», члена аудитории или участника процессинга?[65]

● Какие трудные моменты вы испытали в этой драме в роли терапевта, протагониста, дополнительного «Я», члена аудитории или участника процессинга?

● Что вы воспринимаете удачным (достигшим цели) в этой сессии из роли терапевта, протагониста, дополнительного «Я», члена аудитории или участника процессинга?

Фаза разогрева

● Какую динамику произвел конкретный протагонист?

● Каков был критерий выбора этого протагониста?

● Каковы ваши осознания по поводу социометрии[66] в группе?

Фаза действия

● Соблюдались ли основные правила психодрамы? Определите два правила, которые лично вы поддерживали. Определите одно правило, требующее особого внимания.

● Была ли дана протагонисту возможность что-либо переделать или доделать?

● Как были использованы дополнительные «Я»? Как они не

были использованы?

Заключительная фаза

● Каким образом было облегчено вхождение протагониста обратно в группу?

● Облегчил ли терапевт деролинг (выход из роли) дополнительных «Я»?

Общие вопросы

● Ощущалось ли четкое различие между психодраматической и каждодневной реальностью?

● Какие роли в этой драме вы хотели бы играть, но не играли?

● Были ли вы способны участвовать в психодраме в той степени, в которой хотели?

● Что, по вашему мнению, следовало бы подробнее осветить во время процессинга?

Гештальт-группа

Человек может выходить за собственные пределы, только опираясь на собственную истинную природу, а не на амбиции и искусственные цели.

Фредерик Перлз

Гештальт-терапия – это экзистенциальный и экспериментальный подход Фредерика Перлза, имеющий цель расширить осознавание человека и посредством этого достичь большей внутриличностной целостности, наполненности и осмысленности жизни, улучшить контакты с внешним миром в целом и с окружающими людьми в частности. Цель гештальт-группы[67] – научить участников уделять внимание текущим переживаниям, чтобы они могли осознать и интегрировать отчужденные аспекты своей личности. В современной групповой гештальт-терапии уделяется внимание также социальному взаимодействию участников, учитываются различные уровни функционирования группы: внутриличностный, межличностный и групповой. Методы гештальт-терапии (последние годы – в сочетании с трансактным анализом[68]) широко применяются в групповой терапии неврозов и психосоматических расстройств, в семейной терапии, а также для личностного развития.

Основные принципы терапии.

● Принцип «сейчас» – прошлое и будущее существуют лишь как акты воспоминаний или фантазий.

● Принцип «Я – ТЫ» – прямая конфронтация мобилизует «настоящесть» переживаний. «Настоящесть» переживаний возникает, когда пациент не вспоминает прежние переживания, а испытывает их в реальном времени.

● Принцип субъективации высказываний – «что-то давит в груди» переводится как «Я подавляю себя».

● Континуум сознания (или поток сознания) – концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний со всеми его составляющими: ощущениями, чувствами, мыслями, действиями.

Руководитель помогает участникам осознать их невербальное поведение (язык тела), задавая вопросы: «Вы осознаете свою улыбку?», «Как, по-вашему, звучит ваш голос?», «Что делает ваша нога?» и т. п. При этом может выявиться важная тема для

групповой дискуссии. Если невербальное поведение одного участника является реакцией на другого члена группы, то его просят обратиться ко второму напрямую. Таким образом облегчается осознание скрытых чувств и эмоциональных блоков.

Терапевтический процесс движется с поверхности вглубь, проходя следующие восемь уровней.

1. Игра ритуальной роли (клише) с выявлением потребности.
2. Утверждение темы (объединяющей потребность и сопротивление) с поиском подходящего по сценарию партнера.
3. Попытка удовлетворить потребность.
4. Мобилизация внутренней борьбы.
5. Тупик, когда человек оказывается без роли и переживает чувство пустоты и страха смерти (экзистенциальный кризис или уровень фобического избегания).
6. Катарсис, внутренний взрыв подавленных чувств: горя, гнева, радости, оргазма.
7. Озарение.
8. Признание удовольствия от нового восприятия себя и окружающего.

Для расширения границ контактов применяются специальные упражнения: длительное жевание, многократное открывание и закрывание глаз, фокусирование взгляда, оглядывание по сторонам, прислушивание к звучанию речи, повторение сказанного, прочувствование собственных движений (например, вращение глазами, головой, тазом). Одновременно повышается доверие к другому человеку совместными физическими упражнениями: прикосновениями, взаимными толчками и т. п. Применяют также релаксацию, дыхательные упражнения, приемы телесной терапии, психогимнастики, танцевальную терапию.

Одна из целей упражнений на осознание состоит в том, чтобы помочь члену группы проанализировать свои чувства. Различают ***четыре уровня выражения чувств***: блокированный (человек не знает о чувстве); заторможенный (знает, но не проявляет); эксгибиционистский (проявляет неадекватно); спонтанный (нормальный).

Задача терапевта – довести участника до третьего уровня и помочь ему поупражняться на этом уровне, пока он не перейдет на четвертый уровень. В это время происходит работа с ***отыгрыванием***, которое проявляется в четырех основных вариантах:

1) отыгрывание незаконченной ситуации из далекого прошлого;

2) отыгрывание незаконченной актуальной ситуации;

3) отыгрывание особенностей характера;

4) отыгрывание полярности (противоположного чувства и поведения).

Большое внимание уделяется ***фантазиям и сновидениям***, которые переносятся на реальную почву, в настоящее время, с возвращением личности тех их фрагментов, которые были спроецированы на вымышленные образы. Основные цели фантазирования – контакт с неприемлемыми событиями, чувствами или личными качествами, контакт с отсутствующим человеком или незавершенной ситуацией, исследование неизвестного, исследование новых или неизвестных аспектов личности.

Сновидения рассматривают как проекцию, как возможность осознания актуальных взаимоотношений с другими и терапевтом для понимания экзистенциальной позиции индивида. Участники гештальт-группы разыгрывают части сна под управлением сновидца, который распределяет роли и задает нужное ему направление или предоставляет участникам свободу импровизации.

Широко применяются перечисленные ниже ***метафоры***.

● Группа как здание, в котором каждый участник выступает его частью.

● Группа в кругосветном путешествии меняет средства передвижения.

● Группа как детский сад, школа, фирма, тюрьма.

● Группа как коммунальная квартира.

● Группа разыгрывает ритуал похорон участника, обеспокоенного своей смертностью. Группа как зоопарк и бездомные животные.

● Группа участвует в карнавале.

● Группа как организм человека или животного.

● Группа разыгрывает процесс зачатия ребенка, развития эмбриона и рождения.

● Группа изображает развитие человека в различных возрастах.

Ответственность группы и терапевта делится следующим образом. Члены группы активно выдвигают собственные проблемы и интерпретации, оказывают эмоциональную поддержку друг другу, делятся своими переживаниями. Терапевт ответственен за осознание своих переживаний в текущий момент и их использование в контексте группы. Он сконцентрирован также на поведении и чувствах участников группы, помогает им в

определении незавершенных событий прошлого, которые препятствуют эффективному функционированию в настоящем, и прорабатывает их. Руководитель группы должен придерживаться принципа «здесь и теперь», быть аутентичным (самим собой) при взаимодействии с членами группы, не нуждаться в поддержке и восхищении со стороны группы.

В классическом варианте гештальт-терапевт работает одномоментно с одним, реже – двумя участниками. Доброволец усаживается на «горячий стул» рядом с ведущим. Остальные члены группы могут идентифицироваться с работающим участником, оказывать ему эмоциональную поддержку и обеспечивать обратную связь. Доброволец, находящийся на «горячем стуле», должен соблюдать принцип «здесь и теперь» и рассказывать о содержании своего сознания. Терапевт, не прибегая к интерпретациям, следует за клиентом, всячески поддерживая его в попытках осознать, «что значит сейчас быть им». Используется также прием «блуждающего стула», когда на нем оказывается то один, то другой участник.

В процессе работы определите участников с различными формами сопротивления. Так, участники, использующие ***конфлюэнцию***[69]:

- предпочитают местоимение «мы» вместо «я» и «вы»;
- пытаются найти согласие через объединяющие биологические и социальные признаки («вы как женщина/мать/разумный человек должны меня понять»);
- часто упоминают об интересах групп, в которые входят;
- пытаются решать проблемы отсутствующих близких людей;
- плохо осознают конфликты и агрессию в близких отношениях;
- с трудом расстаются.

Попросите участника с конфлюэнцией описывать все свои чувства и ощущения, которые он замечает в данный момент, чтобы выделить из этого континуума осознавания какие-то важные переживания. Чтобы выделить из «мы» «Я» участника, проводите эксперименты с дистанцией, позой, «встречами и расставаниями».

Интроекцию[70] члены группы проявляют так:

- просят или ожидают совета и охотно дают его сами;
- не сознают собственных потребностей и желаний;
- не раздумывая, соглашаются на любое предложение терапевта;
- так же без разбора могут отвергнуть чужое мнение.

Участника с интроекцией попросите произнести интроективные послания, нарисовать соответствующую картину или описать сопутствующие телесные ощущения. При этом остальные члены группы хором «бомбардируют» участника его интроектами, обращая их к нему через «ты» (например, «я должна быть самоотверженной» превращают в «ты должна быть самоотверженной»). Предложите также участнику обратиться с интроецированным посланием к другим членам группы, которые дают ему обратную связь. Затем группа рассматривает содержание послания с различных точек зрения. Наконец, предложите участнику произнести вместо бывшего послания фразу, начинающуюся со слов: «я хочу…» и посмотреть, как развернутся события.

Участники, использующие ***проекцию***:

- употребляют местоимения «он, они, все другие» вместо «я»;
- говорят не о себе, а о другом (что и почему он делает, думает, представляет собой);
- общаются с другими исходя из своих предубеждений и опасений;
- объясняют свое состояние безличными обстоятельствами (погодой, ситуацией, социальными условиями);
- предсказывают события или чье-то поведение;
- вызывают у остальных чувство, что их «видят на-сквозь».

Обратите внимание участника с проекцией, что он делает заключение о всеобщем плохом отношении к себе, не глядя на людей. Предложите ему спросить у членов группы, что они сейчас испытывают по отношению к нему. Затем участник может рассказать о своем собственном отношении к определенным членам группы и получить от них обратную связь. Предложите участнику также сказать от первого лица то, что он предполагает у другого человека: вместо «я тебе не интересен» – «ты мне не интересен» и т. п. Затем спросите его, нет ли доли правды в таком высказывании.

Участники с ***ретрофлексией***[71]:

- описывают, как они хотят что-то сделать, но не могут;
- при волнении жалуются на соматические симптомы;
- сидят в неловких, неудобных, напряженных позах;
- при переживании тревоги их дыхание становится зажатым, неровным или поверхностным;
- стереотипно делают что-то сами себе (крутят волосы,

заламывают или поглаживают руки, постукивают пальцами по лбу, раскачиваются);

● проявляют мышечное напряжение, не соответствующее вербальному выражению чувств (говорят о хорошем отношении к кому-то и сжимают кулаки);

● сжимают челюсти, «играют желваками»;

● совершают частые глотательные движения, как бы сдерживая слезы или рвоту;

● обрывают начатые движения;

● говорят монотонным высоким голосом, звучание которого резко изменяется при волнении;

● предпочитают возвратные грамматические формы (винюсь, стыжусь, делаюсь);

● холодно и отстраненно рассказывают о психотравмирующих событиях;

● подробно рассказывают о прошлых или отвлеченных событиях, «заговаривая» собственные актуальные переживания;

● озвучивают свой внутренний диалог («с одной стороны… с другой стороны…»; «да… но…»).

Если участник с ретрофлексией не замечает ее проявлений или не осознает их значения, усиливайте их, предлагая ему повторять его жесты, увеличивать их энергию, повышать напряжение и рассказывать о своих чувствах и ощущениях. Члены группы служат моделями «тяжести», «оков», «боли», меняясь ролями с участником. Предложите ему говорить от лица конфликтующих частей, используя челночную технику. Критическую часть можно усадить на «пустой стул» и попросить высказаться в адрес членов группы.

Дефлексия[72] проявляется, когда участник:

● стремится производить приятное впечатление;

● прибегает к длинным окольным разговорам, общим фразам, шутливым банальностям;

● употребляет дефокусирующие слова (туманные высказывания, скрывающие актуальность переживаний, например: «как бы», «вроде того», «типа» и т. п.);

● избегает прямых негативных обращений, ограничиваясь иронией;

● в ситуации конфликта демонстрирует безмятежность и невозмутимость;

● доказывает, что жизнь – «пустая и глупая штука»;

● жалуется на скуку и бессмысленность своей жизни;

● использует гештальт-упражнения, чтобы разрядиться в

безопасной обстановке, ничего не меняя в своей обыденной жизни.

Участнику с дефлексией предложите:

● снабжать каждую фразу дефокусирующими словами («как бы», «типа») и прочувствовать эффект;

● попросить обратную связь после монолога «вокруг да около»;

● локализовать зону дефлексии, наблюдая, какие переживания сопровождаются соскальзыванием или «обесцвечиванием»;

● усилить симптоматическое поведение и выяснить его защитные функции;

● конкретизировать, какое чувство прячется за таким уклончивым поведением, к кому и за что;

● переделать намеки в прямые «ты-высказывания»[73] в ситуации скрытого межличностного конфликта или «Я-сообщения»[74] о переживаниях, касающихся чувств.

Об ***эготизме*** свидетельствуют:

● страх перед утратой контроля в форме боязни любого нового, неожиданного, спонтанного;

● боязнь сокращения дистанции, страх прикосновений;

● склонность «дирижировать» терапией, не отклоняясь в ней от привычных путей;

● заторможенность и неловкость, страх конкуренции в новой группе, сменяющиеся затем жалобой на скуку и отсутствие новой информации;

● длительные уходы в теории по поводу собственных переживаний, заменяющие живое проживание и изменение;

● преувеличение независимости от других с непереносимостью критических реакций в свой адрес и нестабильной самооценкой.

Участнику с эготизмом[75] предложите эксперименты на границе привычного и приемлемого с провокациями на принятие риска и готовность к новизне.

Основные признаки ***обесценивания***[76]:

● обесценивающие суждения («ничего не произошло», «подумаешь!» и т. п.);

● игнорирование очевидных событий или отчуждение своего вклада в результат;

● забывание очевидно значимых переживаний в жизни и на занятии группы;

● вышучивание других и подшучивание над собой.

Работа с обесцениванием предполагает движение маленькими шажками («не проглатывать новизну большими кусками»), исследование, чем новизна «неугодна», и смягчение «Я-концепции».

Важное значение придается осознанию позиций, проявляющихся в речевых конструкциях; их предлагают заменять в сторону большей личной ответственности. Введите следующие правила.

● Употребляйте местоимение «я» вместо «мы, он, они».

● Глагол «не могу» заменяйте на «не хочу», «должен» – на «предпочитаю».

● Говорите «я выбрал» вместо «мне сделали».

● Говорите «я хочу» вместо «я должен, мне следует».

● Расшифровывайте слово «это».

● Вопрос «почему?» заменяйте на «как?».

● Вопрос превращайте в утверждение.

● Исключайте минимизацию – говорите «я устал» вместо «я немного устал».

● Используйте настоящее время.

Определяйте порядок и темп работы. Для начала предложите участникам серию упражнений, которые фокусируют внимание на сознании текущего момента и на взаимодействии с окружением. Затем предложите добровольцу занять место на «горячем стуле» и подробно описывать, что ему удается осознать. На текущем моменте сосредоточиваются и остальные члены группы. Не прибегайте к интерпретациям, игнорируйте переносы и не анализируйте сопротивление.

Вносите в группу структуру, предлагая техники, направленные на интенсификацию эмоций и повышение чувствительности к телесным ощущениям. Чтобы усилить непосредственные переживания и осознание возникающих чувств и эмоций, применяйте техники, ориентированные на действия, например конфронтацию, диалог, фантазию, техники тренировки, обратные процедуры, преувеличение поведения, диалог с собой или со значимым другим в настоящем времени, работу со снами и другие.

Подбирайте и применяйте гештальт-упражнения творчески, в соответствии с актуальными потребностями группы. Эксперименты организуйте таким образом, чтобы участники осознали области напряжения в своем теле и страх физической или эмоциональной близости, чтобы представить членам группы

возможность поэкспериментировать с новыми формами поведения и высвободить свои чувства.

Обращайтесь к взаимодействующим участникам со следующими вопросами:

- Что ты сейчас переживаешь (видишь, слышишь, ощущаешь и т. д.)?
- Что ты хочешь (в том числе от меня, от этой сессии)?
- Кто тебе может это дать?
- Что ты замечаешь с его стороны?
- Как ты об этом узнал?
- Что ты испытываешь к нему?
- Что ты делаешь?
- Как тебе это удается?
- Как можно сделать по-другому?
- Чего ты избегаешь?
- На что ты рассчитываешь?
- Что тебе это сейчас дает?
- Что ты думаешь и переживаешь в связи со случившимся?

При отказе участника делать упражнение или присоединиться к обсуждению предложите ему побыть в роли наблюдателя и включиться в разговор, когда захочет. Попытки обсуждать полезность предлагаемого упражнения отложите до его завершения. Если часть группы отказывается выполнять упражнение, попросите сомневающихся поделиться своими сомнениями; выясните, каково отношение к упражнению остальных участников; предложите отказавшимся побыть в роли наблюдателей.

Можно также настоять на выполнении упражнения всеми, отложив обсуждение «на потом»; пойти на конфронтацию с группой, напомнив участникам об их обычной манере избегать риска; предложить несколько других упражнений на выбор. Если вся группа отказывается выполнять упражнение, необходимо предложить ей несколько других на выбор. Преобладание на занятиях уныния, раздражения и т. п. негативных чувств может стать поводом для работы с этими чувствами.

Упражнения

«Идентификация» одной из трех зон осознавания. Например, по команде «Замри!» необходимо осознать позу, отношение к ней, настроение в связи с ней. По команде «Отомри!» – изменить позу на противоположную, поработать с ней. Затем вернуться в первую позу и сравнить со второй.

«Фокусирование» на той части личности, которая выражает неосознанное переживание (участнику предлагается говорить от ее имени).

«Челночная техника»

Участник то садится на «горячий стул», обращаясь к воображаемому собеседнику на «пустом стуле», то усаживается на «пустой стул», меняя роль на значимого другого или собственную субличность.

«Осознание»

Участник говорит партнеру: «Сейчас я осознаю твою улыбку, твой взгляд, запах твоих духов. Осознаю тепло у себя в груди, расслабленность в руках, наклон тела к тебе. Осознаю мысль о твоем теплом отношении ко мне, чувство симпатии к тебе…» Партнер оценивает точность восприятия участника и затем меняется с ним ролями.

«Противоположные ассоциации»

Один называет «негативное» понятие («грязь»), другой подбирает позитивную ассоциацию («лечебная грязь»).

«Позитивное переопределение»

Один излагает проблему, другие (по кругу или мозговым штурмом) ищут позитивную формулировку, пока не найдут вариант, удовлетворяющий заявителя проблемы. Исключаются подбадривание, отрицание проблемы, минимизирование, советы.

Участница недовольна собой, так как не может заставить сына учить уроки. В семье ее ругают за это, а ей жалко сына. Общими усилиями была найдена

формулировка: «Моя любовь к сыну побеждает мой страх перед родителями, поэтому я смогу договориться с сыном по-хорошему». Участница расплакалась, после чего призналась, что почувствовала облегчение и оптимизм.

«Переименование симптома»

Каждый участник выбирает какое-нибудь свое негативное качество и начинает перемещаться по комнате. Встречаясь с другим участником, он признается ему в своем недостатке. Другой 1) переименовывает его в достоинство (например, упрямство – в упорство); 2) обнаруживает выгоды от «недостатка»; 3) находит еще одно наименование симптому (например, независимость) и предлагает выбрать.

«Метафора интеграции»

Челночным методом выявляются конфликтующие субличности участника. При этом участник попеременно садится то на «горячий стул», воспроизводя свою доминирующую часть, то на «пустой стул», где говорит от лица подавленной части. После этого на одинаковом расстоянии от «горячего» и «пустого» стульев ставится третий стул, на который усаживается участник. Он берет все хорошее (качества, умения) с первого стула левой рукой, затем все хорошее со второго правой рукой. После этого руки соединяются, наступает интеграция субличностей. Эта же метафора может быть визуальной: представить сумку, куда складывается все нужное для сотрудничества обеих частей.

«Оптимизация будущего»

Инструкция: «Сосредоточьтесь сейчас на своих осознанных и не совсем осознанных ожиданиях и представлениях о будущем. Обратите внимание как на позитивные, так и на негативные ожидания. В этом случае вы сможете лучше ощутить возможность контроля над своими действиями.

Составьте список важнейших предположений о своей будущей жизни. Что вы будете делать? Что будет с вами происходить? Записывайте все, что будет приходить вам в голову, в любом порядке. У вас есть 10 минут…

Теперь сосредоточьте свое внимание на негативных предположениях. Превратите их в позитивные ожидания, чтобы они не сбылись в своей негативной форме. Например, “Я буду

болеть" вы можете заменить на "Я смогу научиться лучше следить за своим здоровьем". Запишите эти новые, позитивные ожидания. Затем в двух-трех предложениях выразите те мысли, которые возникают у вас при взгляде на эти переформулированные ожидания. Что вы о них думаете? Что вы чувствуете? У вас есть на это 15 минут…»

«Свет и тень»

Инструкция: «Найдите у себя три положительные и три отрицательные черты, затем в круге действуйте исходя из этих черт ("порисоваться и погадиться"). В парах обсудите, какие потребности были удовлетворены или обозначились при этом проигрывании. Затем выберите человека, которого точно уважаете, который для вас важен. Запишите его наиболее важные характеристики. Зачеркните его имя, напишите свое. Осознайте, какие из этих характеристик действительно относятся к вам».

«Трудно и легко»

Упражнение предполагает выбор партнера, с которым трудно, и сказать ему: «Мне нравится, что ты сейчас…» Затем выбрать партнера, с которым легко, и сказать ему: «Мне не нравится, что ты сейчас…»

Подойти к кому-то и сказать «Мне с тобой трудно» я так и не решилась, потому что боялась обидеть человека, к которому подойду. Но когда ко мне подошли, было интересно. Потому что подошел человек, с которым я не ощущала никакого конфликта. Мне с этой девушкой не было трудно, а ей со мной было, и вначале я растерялась. Но когда она сказала комплимент, я улыбнулась. Это упражнение помогло мне осознать, что есть наши фантазии о другом человеке, а есть объективная реальность. И в каких-то отношениях мне может быть трудно с человеком, но при этом он все равно остается хорошим и у него есть то, что мне в нем нравится и чему я, возможно, могла бы у него поучиться. Такое упражнение очень помогает решать конфликты. Думаю, буду его использовать в своей жизни и в своей практике.

«Начальник и Подчиненный»

Начальник может стоять на стуле, Подчиненный – сидеть перед ним на корточках. Начальник ругает Подчиненного, поучает его, требует. Подчиненный оправдывается, соглашается, извиняется. Затем партнеры меняются ролями.

«Просьба и отказ»

Один произносит на разные лады: «У тебя есть то, что мне нужно», другой отвечает с различными интонациями: «Я тебе это не дам».

«Думай только о себе/только о другом»

Партнеры садятся на корточки, опираясь спинами друг на друга: вначале как удобно только себе, потом как удобно другому. Затем сравнивают ощущения, чувства и мысли в первом и втором случае.

Прекрасное упражнение «Пара на корточках». Я поразилась, насколько комфортно я себя чувствовала, когда думала исключительно о себе. Голова, спина и даже, простите, копчик уверенно и легко нашли свое место в выступах и впадинах партнера. Более того, тело отзывалось небывалой устойчивостью. Как потом оказалось, и этот, и следующий партнер прекрасно ощущали себя, поскольку тоже заботились о себе. И они «словили» эту непроизвольную мою поддержку, пребывая в устойчивости и комфорте. Выходит, если каждый без фанатизма заботится о своем удобстве, получается хорошо обоим. Мы могли сидеть так еще долго, поскольку было действительно комфортно и приятно.

Удивительные вещи открылись, когда каждый стал думать об удобстве другого. Сказать, что было плохо – ничего не сказать. Неустойчивость, затекшая моментально спина, бесчувственные ноги… Напряжение возросло многократно за считаные секунды. Естественно, потом оказалось, что мои усилия были напрасны – партнер ощущал все те же самые симптомы напряжения, стараясь сделать мне же лучше.

Мои личные выводы: пока не позаботишься о себе, невозможно сделать хорошо другому. Более того, отдаваясь заботе о другом, я теряю собственное равновесие и устойчивость, принося абсолютно

ненужную жертву! И еще: напряжение накапливается и во мне, и в партнере. А хотим мы как лучше. Чем все это кончится? Злостью на партнера. Ведь я хотела как лучше, а он недоволен.

«Внутренние и внешние»

Участники составляют два круга, которые движутся в противоположные стороны. По команде все останавливаются и поворачиваются лицом друг к другу. «Внутренние» играют роль безбилетного пассажира, «внешние» – контролера (3 минуты), затем партнеры делятся своими переживаниями (2 минуты). На следующем шагу игры «внутренние» становятся продавцами, «внешние» – покупателями, затем – родителями и детьми. *Другие ситуации*: дорожный инспектор пытается оштрафовать водителя, дети не могут поделить игрушку, один требует от другого возвращения долга, начальник делает выговор подчиненному, сцена ревности, извинение и т. д.

«Ты – мы – я»

Упражнение предполагает по две минуты говорить молчащему слушателю утвердительные фразы, начинающиеся сначала с местоимения «ты», затем – «мы» и, наконец, «я».

«Утверждение вместо вопроса»

В ходе упражнения задать партнеру три вопроса и затем заменить их на три утверждения (например: «Зачем ты носишь эти ботинки?» – «Мне не нравятся эти ботинки!»).

«Перевоплощение»

Подумайте, какую фразу вы очень хотите/не хотите услышать от кого-либо из партнеров по группе или от своего друга или члена семьи. А теперь станьте этим человеком и произнесите эту фразу.

«Разделяй и соединяй»

Упражнение предполагает, что участник говорит партнеру три фразы, включающие в середине союз «но» и три фразы с союзом «и».

«Единство противоположностей»

Партнеры вспоминают радостные и печальные моменты своей жизни, называют три свои сильные и слабые стороны, говорят о своем отношении к близости и независимости, находят три важные перемены в своей жизни и три вещи, которые остались без изменения. Каждый обращает внимание, когда радость и печаль были как-то связаны, как сильные стороны становились слабостью, а слабые помогали, в какой взаимосвязи находились близость и независимость, как за счет изменений удавалось сохранить постоянство.

«Три фразы»

Участник поочередно с партнером произносят по три фразы, начинающиеся со слов: «Я должен», «Я не обязан»; «Меня возмущает», «Меня восхищает»; «Я хочу», «Я не хочу»; «Я хотел бы», «Я боюсь»; «Я попытаюсь», «Я добьюсь». *Вариант*: каждая из перечисленных фраз произносится один раз; начинается она, как указано, а заканчиваются все фразы одинаково, например «быть, как ты».

«Незаконченные предложения»

Инструкция: «Скажите партнеру фразы, начинающиеся со слов: “Мне нравится, что ты…”, “Расстраиваюсь, когда…”, “Я злюсь, когда…”, “Я благодарен тебе за…”, “Мы могли бы по другому…”, “Я пытаюсь создать у тебя впечатление…”, “Я чувствую возбуждение, когда ты…”, “Я боюсь, ты подумаешь, что я…”, “Я хочу от тебя…”, “Если бы я прикоснулся к тебе…”».

«Незаконченное дело»

Один участник обращается к другому, имеющему отношение к какому-либо их незаконченному делу, – например, со словами «Я обижен…».

«Недостающий человек»

Члены группы с закрытыми глазами придумывают недостающего человека в прошлом (старший брат, мудрый учитель), затем рассказывают слушателям о том, как он мог бы изменить жизнь участника.

Персонификация

животных и предметов, наделенных качествами, которых не хватает участникам.

Мне очень понравилось представлять животное, которое символизирует качество, которое я хотела бы приобрести. Я подумала, что мне надо стать птицей, которая, научив птенца всему, отпускает и даже выталкивает его из гнезда. А оказалось, что надо стать маленьким жизнерадостным хомяком и подумать о здоровом эгоизме!

«Незаконченные дела»

Инструкция: «Если вы думаете, что между вами и другим участником существует недопонимание, если вы предполагаете, что кто-то раздражен вами, или вы сами недовольны кем-то, или сердитесь на кого-то и, конечно, если вас кто-то порадовал и вы хотите это выразить, – можете приступать к делу.

Нужно встретиться с этим участником и поговорить с ним, учитывая следующее правило: начинайте каждое предложение словами “Я заметил, что ты…” или “Я замечаю, что ты…”. Конечно, это сделает вашу беседу несколько искусственной, но гарантирует, что вы будете строить меньше предположений о мотивах поведения другого участника и станете больше говорить о фактах, то есть о том, что происходило на самом деле. После того как вы выскажетесь, можете найти другого партнера, если захотите.

Встаньте и выберите первого собеседника. Тот, кто уже все для себя прояснил, возвращается обратно в круг…». В конце проводится краткий опрос, было ли во время бесед высказано что-то, к чему нужно вернуться в следующий раз.

«Совершение кругов»

Участник по кругу обращается к каждому члену группы. Например, если он заявил, что испытывает страх перед группой, ему предлагают подойти к каждому участнику, произнести «Я боюсь тебя» и затем описать свое чувство страха перед этим человеком.

Разыгрывание проекции

Участник «примеряет» на себя чувство, которое приписывает другому человеку, – например, при заявлении «Я испытываю к тебе жалость» ему предлагают подойти к каждому в роли человека, вызывающего жалость.

«Преувеличение»

Участники обсуждают тему, связанную с чувствами, при этом они максимально усиливают чувства, возникающие во время обсуждения. *Вариант*: участнику предлагают усиливать нечаянное движение, пока он не поймет, какое неосознанное чувство оно выражает. Если участник недостаточно осознает свои очевидные особенности, ему предлагают сыграть роль, где они выступят в утрированной форме.

«Реверсия»

Или выявление противоположного. «Душечке» предлагают сыграть роль «стервы» и т. п. Если участник хочет избавиться от определенного поведения, ему поручают роль человека с желательными чертами характера и в преувеличенной форме (техника «сделать наоборот»).

«Парадоксы»

Каждый участник описывает испытываемое им в этот момент чувство, затем говорит обратное этому и исследует возникшую эмоцию.

«Копия и антипод»

Один участник говорит другому: «Ты такой же, как я, у тебя…», при этом он смотрит партнеру в глаза, подражает особенностям его речи и мимики, затем они меняются ролями. Так повторяется несколько раз. Через 5 минут фраза меняется: «Я очень отличаюсь от тебя, я…»

«Твои полюса»

Участник ставит напротив себя стул, каждый член группы по очереди садится на него и называет одно качество участника, которое мешает автору высказывания общаться с ним, и одно – которое помогает.

«Теневые стороны»

Один участник выходит за дверь, каждый из оставшихся называет одну его «теневую» черту. Затем участника зовут в комнату и он пытается отгадать три такие черты.

«“За” и “против”»

Обсуждается один человек. Группа делится на две части, одна критикует его, другая защищает.

«Борьба противоположностей»

Например, любой спор между мужчиной и женщиной. Участник говорит за одну сторону своей дилеммы, а выбранный им партнер – за другую. Группа делится на приверженцев той или иной стороны дилеммы участника, они усаживаются по обе стороны от него и устраивает диалог. Группа голосует за одну из сторон дилеммы участника, после чего он убеждает их изменить результаты голосования.

«Три желания»

Каждый придумывает три желания, которые мог бы осуществить в группе прямо сейчас. Затем он высказывает свои желания вслух и по возможности удовлетворяет их. После этого участники вспоминают еще три желания из тех, которые они отвергли во время выбора, рассказывают об этих желаниях и пытаются удовлетворить какое-нибудь из них.

«Репетиция»

Участник вслух и с вовлечением других членов группы готовится к актуальной жизненной ситуации, осознавая свои привычные стереотипы и вырабатывая новые идеи и решения.

Не толкай реку, она течет сама.

Фредерик Перлз

Кризисная группа

Групповая терапия для пациентов с суицидальными тенденциями проводится в ***кризисных группах***. Разработанная нами групповая кризисная терапия (ГКТ) является высоко специфической формой кризисной терапии, которая удовлетворяет повышенную потребность кризисного индивида в психологической поддержке и практической помощи со стороны окружающих. В отличие от других форм групповой терапии ГКТ направлена на разрешение актуальной ситуации, обладающей для пациента жизненной значимостью, что обусловливает краткосрочность, интенсивность и проблемную ориентацию ГКТ. В фокусе занятий кризисной группы находятся, как правило, высокозначимые для пациентов взаимоотношения в их реальной жизни, а не взаимодействия, происходящие между членами группы «здесь и теперь».

Групповая кризисная терапия имеет ряд преимуществ по сравнению с индивидуальной. Группа дает возможность пациенту преодолеть иждивенческие ожидания, сосредоточенные на психотерапевте. Попытки повысить самопринятие[77] и самооценку кризисного индивида с помощью индивидуальных бесед, как правило, оказываются малоэффективными, так как доводы психотерапевта нередко воспринимаются как обусловленные выполнением им своего профессионального долга. Высказывания же «товарищей по несчастью», эмоционально окрашенные и подкрепленные отношениями взаимопомощи, оказываются более действенными. Группа отражает неосознаваемые пациентом негативные особенности общения, не всегда проявляемые им в индивидуальном общении с психотерапевтом, и обеспечивает конфронтацию неприемлемому поведению. Наконец, группа предоставляет пациенту возможность оказывать помощь другим участникам, переживая при этом чувства компетентности и нужности, крайне полезные для преодоления кризиса.

В качестве *показаний* для проведения ГКТ выделяют следующие:

а) наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации;

б) выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении высокозначимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработки и

опробования новых способов адаптации;

в) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки[78], необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем.

Окончательные показания для ГКТ устанавливаются на основании наблюдения за поведением пациента на первом групповом занятии и знакомства с его субъективными переживаниями, связанными с его участием в группе. Недостаточный учет данного положения может привести к отрицательному воздействию группового напряжения на состояние пациента и усилению суицидальных переживаний. Более того, в кризисной группе суицидальное поведение одного из участников сравнительно легко может актуализировать аналогичные тенденции у остальных членов группы. В связи с этим в ходе предварительной беседы с пациентом оговаривается, что его первое участие в занятиях группы является пробным и обсуждение вопроса о методах его дальнейшего лечения состоится после этого занятия.

Некоторые пациенты рассматривают свое участие в группе лишь как возможность на время отвлечься от психотравмирующей ситуации, «восстановить силы», чтобы затем продолжать попытки прежними, уже показавшими свою неэффективность способами. Подобные нереалистические лечебные установки часто становятся темой группового обсуждения при включении в группу новых участников. С целью выработки оптимистической терапевтической перспективы пациента знакомят с книгой отзывов бывших участников группы, в которой они описывают ход разрешения своей кризисной ситуации с помощью терапевтической группы. После окончательного установления показаний к проведению ГКТ с пациентом проводится беседа, в ходе которой обсуждаются возможности использования им помощи кризисной группы.

Состав группы. Размеры кризисной группы ограничиваются десятью участниками. В нее обычно включаются два пациента с высоким суицидальным риском, поскольку взаимная идентификация способствует публичному самораскрытию и обсуждению своих суицидальных переживаний. Однако бóльшее число таких пациентов создают трудно разрешимую проблему, требуя слишком много времени и внимания в ущерб остальным членам группы, создавая тягостную пессимистическую атмосферу, чреватую актуализацией суицидальных переживаний у других пациентов.

Низкая групповая активность кризисных пациентов преодолевается тем, что в группу в качестве сублидера – проводника эмоционального влияния психотерапевта включается больной психопатией аффективного или истерического типа с нерезко выраженной ситуационной декомпенсацией. Учитывается, что двое таких больных могут вступать в соперничество между собой, подавляя активность остальных и дезорганизуя работу группы.

Состав группы разнороден по возрасту и полу, что снимает представление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий. Старшие опекают младших, мужчины и женщины подкрепляют взаимную потребность в признании своей сексуальной привлекательности, при этом выявляются и корригируются неадаптивные полоролевые установки.

Неотложность кризисных проблем и охваченность ими позволяют максимально интенсифицировать психотерапевтические воздействия. Групповые занятия проводятся до пяти раз в неделю и длятся 1,5–2 часа. С учетом того что обычные сроки разрешения пациентом кризиса составляют 4–6 недель, курс ГКТ равен в среднем одному месяцу. За такой срок оказывается возможным сплочение группы на основе общих кризисных проблем.

Роль *групповой сплоченности* в кризисной группе отличается от ее роли в межличностно-ориентированной группе, где она используется для тренинга эмпатии и возникает в процессе этого тренинга. В кризисной группе сплочение участников развивается в ходе взаимной поддержки и используется для разрешения их кризисных ситуаций. Поощряется общение участников группы вне занятий, в отличие от аналитической группы, где оно запрещается.

Специфику ГКТ наглядно отражает таблица, приведенная на с. 173.

Группа является открыто-конечной, то есть из нее еженедельно выбывают в связи с окончанием срока терапии один-два пациента («конечность»), и, соответственно, она пополняется новыми участниками («открытость»). Открытость группы, создавая определенные трудности для ее сплочения, позволяет в то же время решать ряд важных терапевтических задач. Так, лица, находящиеся на более поздних этапах выхода из кризиса, своим успешным примером ободряют вновь поступивших на лечение, способствуют созданию у них оптимистичной лечебной перспективы. Кроме того, в открытой кризисной группе легче осуществляется когнитивная перестройка путем взаимного

обогащения жизненным опытом, обменом различными способами адаптации. В открыто-конечной группе более опытные пациенты обучают вновь поступивших участников приемам выхода из кризиса.

ГКТ осуществляется поэтапно в отношении каждого участника группы: кризисная поддержка, кризисное вмешательство, тренинг навыков адаптации. В то же время в ходе одного занятия в зависимости от состояния пациентов обычно используются методы, соответствующие различным этапам кризисной терапии. На этапе ***кризисной поддержки*** важную роль играет эмоциональное включение пациента в группу, что обеспечивает ему эмпатическую поддержку членов группы, способствует ликвидации у него чувства безнадежности и отчаяния, а также представления об уникальности и непереносимости собственных страданий. Для одиноких беспомощных людей, испытывающих в кризисном состоянии исключительно высокую потребность в психологической поддержке и практической помощи, в том числе вне групповых занятий, кризисная группа становится последним шансом для выживания.

На первых занятиях осуществляется раскрытие и сочувственное разделение суицидальных переживаний пациента членами группы, имеющими или недавно имевшими подобные переживания. В результате облегчается отреагирование указанных переживаний, что приводит к снижению аффективной напряженности. С целью мобилизации личностной защиты актуализируются антисуицидальные факторы.

Среди участников группы часто встречаются пациенты, у которых возникновение кризиса в значительной мере обусловлено чрезмерной чувствительностью и ранимостью в сочетании с завышенными требованиями к себе. В таких случаях темой обсуждения становится суицидогенная установка на обвинение себя во всех неприятностях, а также переживания собственной вины и несостоятельности. У данных пациентов ключевым для преодоления кризиса является достижение «принятия себя», что облегчается при использовании взаимной поддержки членов группы.

Сравнение кризисной и аналитической групповой терапии

Терапевтические факторы	Аналитическая групповая терапия	Кризисная групповая терапия
Ориентация	Патогенетическая	Проблемная (кризисная)
Цель терапии	Осознание и коррекция неадаптивных внутри- и межличностных установок	Купирование суицидальных тенденций и профилактика их рецидивов
Задачи терапии	Повышение возможностей самовыражения, аутентичности и эмпатии	Дезактуализация суицидальных переживаний, повышение возможностей адаптации
Основные методы	Спонтанное взаимодействие, инсайт, коммуникативный тренинг, групповое сплочение	Кризисно-проблемные дискуссии, когнитивная перестройка, тренинг навыков адаптации
Фокус занятия	Внутригрупповой процесс «здесь и теперь»	Высокозначимые взаимоотношения в ближайшем окружении пациента
Взаимоотношения членов группы	Спонтанное распределение ролей, открытое выражение чувств; запрещаются встречи участников вне занятий	Подкрепляется психологическая и практическая взаимопомощь, в том числе вне занятий группы, смягчаются проявления взаимного недовольства
Позиция психотерапевта	Недирективная, с паритетным разделением ответственности за результат лечения и полной ответственности пациента за его поведение	Активная, а при усилении суицидального риска – директивная, обеспечивающая поддержку и руководство поведением пациента
Характеристика группы	Закрытая, гомогенная по возрасту и наличию пограничных нервно-психических расстройств	Открыто-конечная, гомогенная по наличию кризисных проблем и суицидоопасных переживаний, гетерогенная по возрасту и нозологическому составу
Срок лечения	3–6 месяцев	1 месяц

В процессе первого этапа ГКТ пациент получает столь необходимую ему психологическую поддержку и практическую помощь со стороны других участников группы, которые заполняют опустевший мир кризисного индивида. Своими достижениями в терапии они наглядно показывают ему возможность преодоления кризиса. В результате облегчается локализация и формулирование кризисной проблемы, после чего начинается переход ко второму этапу ГКТ.

Этап ***кризисного вмешательства*** посвящен поиску оптимального способа разрешения кризиса. Следует отметить, что благодаря обмену жизненным опытом, происходящему между членами группы, репертуар навыков адаптации пациентов при ГКТ обогащается более существенно, чем при индивидуальном взаимодействии. В группе пациент лучше примет советы партнеров по лечению и, поддержанный ими, смелее опробует новые способы адаптации. В процессе дискуссий достигается распознание пациентом у себя неадаптивной установки, препятствующей использованию им необходимых способов разрешения кризисной ситуации. Одна из наиболее частых тем, обсуждающихся в кризисной группе, – установка на сохранение «во что бы то ни стало» семейных или любовных отношений, ставших психотравмирующими или даже суицидогенными. Достижению пациентами этой жизненной цели препятствуют сформировавшиеся у них в детстве нереалистические идеалы спутника жизни – например, как опекающего и одновременно послушного.

Этап ***тренинга навыков адаптации*** начинается после того, как пациент принял определенное решение об изменении своей

позиции в конфликте и нуждается в расширении своих адаптационных возможностей. На данном этапе осуществляется опробование и закрепление новых способов решения проблемы и коррекция ряда неадаптивных личностных черт, таких как потребность в чрезвычайно тесных эмоциональных взаимоотношениях, доминирование любовных отношений в системе ценностей, недостаточная роль профессиональной сферы, низкая способность компенсации в ситуациях фрустрации и т. д.

Поскольку опробование новых способов адаптации проводится на заключительном этапе ГКТ, когда суицидальный риск сведен к минимуму, снижение самооценки во время возможных неудач не приводит к усилению чувства личностной несостоятельности, а способствует реалистической оценке своих возможностей и укрепляет терапевтическую мотивацию к дальнейшему тренингу навыков адаптации.

Основными методами терапии на данном этапе являются коммуникативный тренинг с использованием проблемных дискуссий, ролевого тренинга, психодрамы и аутогенной тренировки. Проигрывание роли значимого другого помогает пациенту лучше понять мотивы поведения партнера и, исходя из этого, строить отношения с ним. Тренировка в лучшем исполнении собственной роли способствует изменению стиля общения пациента на более адаптивный. В процессе ролевого тренинга развиваются также навыки полоролевого поведения, подкрепляется представление о собственной сексуальной привлекательности.

Проблемная ориентация ГКТ требует фокусирования занятия на кризисной ситуации, поэтому ***позиция психотерапевта*** в известной мере является директивной. Психотерапевт в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дискуссий и способы решения проблем, а при актуализации суицидальных тенденций у какого-либо участника группы осуществляет непосредственное руководство его поведением.

Следует отметить, что, создавая ряд ценных возможностей для купирования кризиса и профилактики суицидоопасных тенденций в будущем, ГКТ одновременно значительно усложняет работу психотерапевта. Выраженная потребность кризисных пациентов в психологической поддержке, суммируясь при объединении их в группу, может приводить к эмоциональной перегрузке психотерапевта. К тому же ему необходимо одновременно фокусировать индивидуальные кризисные ситуации членов группы в условиях их частой смены, учитывать возможность незаметного добавления к собственным проблемам пациента кризисных проблем других членов группы,

предупреждать распространение в группе депрессивных и аутоагрессивных тенденций.

Для уменьшения перечисленных трудностей практикуется совместное ведение кризисной группы с котерапевтом, функции которого заключаются в следующем.

На первом этапе ГКТ котерапевт совместно с ведущим психотерапевтом участвует в создании атмосферы безусловного принятия личности и переживаний пациентов. На втором этапе ГКТ котерапевт обеспечивает приобщение участников группы к дискуссии, контроль за их состоянием и оказывает необходимую психологическую помощь при ухудшении состояния. На третьем этапе ГКТ котерапевт в процессе ролевых игр выполняет функции ассистента режиссера и комментатора, проигрывает роли пациента или лиц из его ближайшего окружения, а также проводит занятия аутогенной тренировкой, направленные на улучшение эмоционального самоконтроля.

Упражнения

«Превращаем проблемы в цели»

Ведущий говорит: «У каждого из нас есть свои проблемы. Некоторые из них мы должны принять и жить с ними так, как можем. Но к счастью, многие наши проблемы могут быть решены, если мы сможем представить их для себя в виде целей, которых мы хотели бы достичь. Давайте попробуем сделать это.

1. Составьте список проблем, которые вам нужно как можно скорее решить. Следующие вопросы помогут в этом:

- Что я действительно хочу делать, иметь, чего достичь?
- Что еще может доставить мне удовольствие?
- В каких сферах жизни я хотел бы усовершенствовать свои способности?
- Что в последнее время занимало мои мысли, тяготило или сердило меня?
- На что я чаще всего жалуюсь?
- Что создает мне больше всего забот?
- Что заставляет меня чувствовать себя тревожно или напряженно? Что дает возможность чувствовать себя уютно?
- Что меня больше всего расстраивает?
- Что стало в последнее время меня раздражать?
- Что я хотел бы изменить в моем отношении к самому себе?
- Что мне надо изменить в себе?
- На что у меня уходит слишком много времени?
- Что мне очень сложно делать?
- От чего я быстро устаю?
- Как я мог бы лучше распределять свое время?
- Как я мог бы разумнее расходовать свои деньги?

2. Теперь опишите проблему, которую вы хотели бы решить прежде всего. Представьте ее как можно более объективно.

3. Сформулируйте цель, которую вы могли бы достичь. Что вам надо сделать для того, чтобы ваша проблема перестала существовать или, по крайней мере, стала менее острой?»

«Проблема и ее решение»

Один участник рисует на своей половине листа проблему, другой на своей половине – ее разрешение.

«Взгляд со стороны»

Каждый участник коротко описывает на листке свою проблему и делает на обороте пометку, чтобы листок не попал к нему самому. Листки перемешиваются и разбираются. Каждый излагает доставшуюся ему проблему как свою собственную, стараясь побыть на месте автора, и получает поддержку от остальных. Автор получает возможность увидеть свою проблему со стороны, узнать реакцию на нее других людей и вместе с ними анонимно поискать пути ее решения.

«Репетиция»

Участник вслух и с вовлечением других членов группы готовится к актуальной жизненной ситуации, осознавая свои привычные стереотипы и вырабатывая новые идеи и решения.

«Помогите!»

Члены группы сидят на стульях, образуя круг. В центр круга садится доброволец и начинает рассказывать историю. Она может быть правдивой либо вымышленной. Группа внимательно слушает. Когда у какого-либо слушателя создается впечатление, что рассказчик запутался, не уверен в себе либо потерял нить истории, он сам выходит в середину круга и сменяет рассказчика. А тот занимает место в круге.

Основной упор в игре делается на то, как излагается история. Вся группа внимательно слушает рассказчика, чтобы сразу понять, когда у него возникнут трудности с выполнением задания. Каждый должен наблюдать за жестикуляцией рассказчика, звуком его голоса, дикцией. Это помогает понять, в какой момент у говорящего появится некоторая неуверенность. Желательно, чтобы еще до того, как рассказчик устал или запутался, его заменил другой игрок.

Когда история будет рассказана до конца, участники отвечают на следующие вопросы:

- Долго ли длилось повествование, прежде чем кто-то сменил рассказчика?
- Почему группа не поняла, что рассказчик попал в сложное положение?
- Почему рассказчик запутался (сбился, устал)?
- Действительно ли у рассказчика возникли трудности или его заменили напрасно, без нужды?
- Помогли ли вы ему выйти из затруднительного

положения?

● Легко ли рассказчик принял помощь?

● Как в повседневной жизни вам удается определить неуверенность другого человека?

● Легко ли вы принимаете предложение помощи, поддержку, прислушиваетесь к советам?

● Что можно назвать тактичной помощью?

● Что вы считаете опекающей, навязчивой помощью?

● Какие культурные нормы осложняют предложение помощи?

Вариант. Задача рассказчика – поддерживать как можно более тесный контакт с аудиторией, особенно взглядом. Говорящего никто не прерывает, но каждый раз, когда одному из слушателей кажется, что рассказчик не обращает на него внимания, он поднимает руку. Если же слушатель чувствует, что совсем потерял контакт с рассказчиком, то начинает покачивать рукой. Эти сигналы – призыв к более активной работе рассказчика с аудиторией.

«Мозговой штурм»

Внимание группы концентрируется на участнике с проблемой. При этом обсуждаются три вопроса:

● О чем ты мечтаешь?

● Что мешает тебе осуществить свою мечту?

● Что тебе нужно, чтобы достичь цели?

Во время «мозгового штурма» идеи могут выражаться в любой последовательности, без комментариев и споров. Участник, о котором идет речь, делает записи. Если группа больше ничего не может придумать, участник благодарит ее за помощь. Он сможет оценить получившийся протокол в одиночестве или поделиться с группой.

«Подсказки тела»

Участники берут по листу бумаги и пишут сверху свою проблему в форме вопроса или внизу в форме высказывания. Чем более точно сформулирован вопрос, тем лучше. Затем записывается как можно больше возможных решений проблемы (любые, какие только приходят в голову). Лист бумаги откладывается в сторону, и участники сосредоточиваются на своем теле, чувствуя ноги на полу, контакт со стулом, с одеждой,

замечая напряжение мышц и другие ощущения: зуд, биение сердца, холодные ноги и т. п. После этого участники вновь берут лист бумаги и медленно просматривают предложенные решения проблемы одно за другим.

Необходимо после каждого решения делать паузы, чтобы замечать, какой «комментарий» дает тело к прочитанному – может быть, напряжение или расслабление мышц живота, затылочной области, плеч или груди, изменение дыхания, сердцебиения, ощущение тепла, зуда, «гусиной кожи», боли в области сердца и т. д. Нужно попытаться определить, говорит ли тело предложенному решению «да» или «нет». Если оно говорит «нет», решение вычеркивается. В конце участники подчеркивают решения, на которые тело дало наиболее положительную реакцию.

«Метафора проблемы»

Инструкция: «Закройте глаза. Мысленно вернитесь в ту ситуацию, когда вы в последний раз испытали трудность, которую считаете для себя труднопреодолимой… Посмотрите на нее как бы со стороны, оставаясь к ней достаточно эмоционально холодными… Какие ассоциации вызывает у вас эта проблемная ситуация? Какой образ рождается? С чем или с кем ассоциируетесь вы сами? Вернитесь немного назад и вспомните другую ситуацию, которую тогда тоже восприняли как проблемную… Может быть, из памяти всплывают другие ситуации, когда вы сталкивались с трудностями… Та же ли эта проблема? Если нет, попробуйте понять, в чем сходство этих проблем? Может быть, они имеют общий корень? С чем ассоциируется у вас этот корень проблемы? Какой образ встает перед внутренним взором, когда вы думаете об этом? А теперь откройте глаза, молча возьмите фломастер и начинайте рисовать картину, которую можно было бы назвать “Моя проблема”. Обязательно нужно, чтобы ваш рисунок содержал метафору вашей проблемы. Время на работу – 15 минут».

Ведущий спокойно дожидается завершения работы участниками, не вмешиваясь в происходящее. Если кто-то закончит раньше, можно сделать ему знак подождать. За минуту до истечения отведенных тридцати минут ведущий предупреждает об этом и просит закончить рисунок.

«А теперь расположите свои рисунки так, чтобы все остальные члены группы могли их хорошо видеть (можно положить рисунки на пол перед собой). Вы должны увидеть в картинах ваших товарищей их проблемы, понять смысл метафоры

и выбрать ту картину, метафора которой кажется вам наиболее близкой к собственному образу проблемы. И все это без слов. Первым будет… (называется имя одного из участников). Он будет, не торопясь, обходить круг, не только рассматривая картины, но и заглядывая в глаза каждому “художнику”». Через минуту встает следующий, и так далее.

Завершив круг, первый участник садится на свое место и выступает уже в роли «художника». Затем встает второй. Когда все участники обойдут круг и рассмотрят картины друг друга, ведущий продолжает: «А теперь, соблюдая тот же порядок, проделайте, пожалуйста, следующее: возьмите свой рисунок и положите его рядом с тем рисунком, чья метафора показалась вам наиболее совпадающей с видением собственной проблемы. Таким образом, в результате у нас выявятся группы родственных по духу метафор».

Ведущий должен внимательно наблюдать за выбором, совершаемым участниками группы, и при крайней необходимости деликатно вмешаться в процесс. Такая необходимость может возникнуть тогда, когда все (или во всяком случае многие) выбирают один и тот же рисунок. Ведущий вправе предложить участникам выбрать что-то близкое им из оставшихся рисунков. Могут появиться «цепочки» из рисунков. Тогда, с согласия игроков, ведущий сам организует «разрывы» в этих «цепочках» и создает подгруппы (необязательно равные по численности). С момента разделения на подгруппы разговаривать разрешается.

«Следующая задача – перевести вашу метафору языка рисунка на язык слов. Но это не означает, что вы обязаны разъяснять суть тревожащей вас проблемы. Создайте словесную метафору проблемы, расскажите ее своим товарищам по группе. На придумывание и изложение метафор выделяется 7 минут».

«На основе индивидуально созданных вами метафор подгруппа должна придумать общую метафору, которую нужно представить и в общем рисунке на листе ватмана, и в словесном изложении. Обсуждайте совместный метафорический образ вашей проблемы, не раскрывая реальное ее содержание, используйте только метафорический язык. Время на работу – 15 минут».

Вместо общего рисунка ведущий может предложить создать живую скульптуру. По окончании выработки общей метафоры подгруппа представляет метафорический образ своей проблемы.

«Итак, вы сумели воплотить суть своей проблемы в ярких метафорических образах. Последнее задание – самое важное. Вам нужно создать метафору победы над вашей проблемой. Вместе со своими товарищами по подгруппе придумайте позитивную

метафору. Может быть, именно в ней будет скрыт изобретенный вами способ разрешить проблему. Неплохо, если вы внесете в создаваемый образ изрядную долю юмора. Желательно, чтобы представление метафоры каждой подгруппы сопровождалось аплодисментами.

Теперь объединитесь и создайте общегрупповой метафорический рисунок “Победа над проблемой”. На этом упражнение завершается, и группа переходит к дискуссии. Здесь следует обсудить следующие вопросы:

Чем были похожи ваши метафоры?

Трудно ли было создать общую метафору проблемы и метафору победы над ней?

Какие у вас эмоции по этому поводу?» И т. д.

Проработка конфликтов в тройках

Ведущий предлагает: «Давайте сейчас обсудим, что не устраивает вас друг в друге. Быть может, чье-то поведение раздражает вас или вызывает ощущение угрозы. Возможно, вы стремитесь к разным целям, обладаете разными ценностями и установками. Подумайте об этом пару минут, посмотрите на каждого члена группы и попробуйте определить, в чем именно состоят ваши различия и что в другом человеке вызывает у вас критическое отношение.

Выберите себе партнера, с которым вы в чем-то расходитесь, но еще не проговорили открыто свои разногласия и хотели бы сделать это сейчас. Те из вас, у кого в данный момент нет желания выяснять отношения, поступят в распоряжение пар в качестве нейтральных участников. Я хотел бы, чтобы вся группа разбилась сейчас на тройки, состоящие из двух конфликтующих участников и одного нейтрального…

Прежде всего сформулируйте спорный вопрос. Вы можете даже преувеличить свои разногласия, чтобы прояснить их сущность. Нейтральному участнику разрешается помогать вам. Когда вы определите, в чем состоит конфликт, и объясните друг другу, в каких ситуациях или при каких условиях у вас возникают проблемы, сделайте следующее.

Пусть каждый по очереди расскажет партнеру о тех моментах своей жизни, которые определили его взгляды, его чувства и поведение. Это может быть монолог, начинающийся с воспоминаний детства и включающий в себя рассказ о важных для вас людях и событиях. Каждый должен постараться показать партнеру, что привело его именно к такой позиции в конфликте, чем он руководствовался в своих действиях.

Затем попытайтесь своими словами обобщить то, что вы услышали от партнера. Сформулируйте сущность сказанного им настолько точно, чтобы он смог сказать: “Да, это именно так. Ты понял меня”. Нейтральный участник может помогать вам, когда это кажется ему уместным.

В заключение скажите друг другу о том, что вы теперь чувствуете и как воспринимаете ваши разногласия. Попытайтесь представить, как вы отреагируете, если когда-нибудь снова столкнетесь с подобной проблемой. В заключение я попрошу всех поделиться полученным опытом».

«Проблемы группы»

Инструкция: «Мне хотелось бы предложить каждому из вас сначала осознать, в чем вы в данный момент видите основные проблемы группы. Чтобы это сделать, ответьте, пожалуйста, в течение 15 минут письменно на следующие вопросы:

1. Что, по вашему мнению, является в настоящее время наиболее серьезной проблемой группы?
2. Когда эта проблема появилась?
3. Что сделали члены группы, столкнувшись с этой проблемой?
4. Кто первым заметил эту проблему? Кто первым отреагировал на нее? Как?
5. Кого встревожила эта проблема? Кто проявил беспомощность перед ней? Кто высказал готовность решать эту проблему? Кто уверен, что с ней можно справиться?
6. Кого эта проблема больше всего задевает? Кого меньше всего?
7. Кто из членов группы согласится с вашей точкой зрения?

А сейчас поговорите о том, что вы написали в парах. Смысл этого этапа работы состоит в том, чтобы вы могли подробно обсудить свое видение проблем команды, уточнить и развить его. Решите сами, с кем вы хотите работать. Имейте в виду, что в паре обсуждается мнение только того участника, который явился инициатором обсуждения. Если же партнер тоже хочет обсудить свою точку зрения именно с этим членом команды, то он сможет сделать это только после того, как члены пары разойдутся и поговорят еще с кем-то. Каждый решает для себя сам, сколько времени он хочет уделить обсуждению своей позиции. В целом в распоряжении группы имеется 30 минут.

После этого группа соберется на общее обсуждение. Каждый, кто готов, выскажет свой “диагноз”. После того как все

выскажутся, участники группы смогут обсудить услышанное. В конце упражнения мы запишем все “диагнозы” на доске, чтобы наглядно было видно, какие проблемы повторяются чаще и, следовательно, являются для группы наиболее актуальными».

«Разрешение конфликта в группе»

Участники группы разделяются на четверки, обмениваются своими мнениями по следующим вопросам:

- Что, по вашему мнению, мешает работе группы и снижает ее эффективность?
- Что мешает вам лично работать так, как хотелось бы?
- Что в группе стоит продолжать так же, как и прежде?
- Какие изменения могли бы помочь лично вам и группе в целом?

Затем группа коллективно составляет четыре больших списка, в которые включаются мнения всех участников по следующим вопросам:

- Что мешает работе коллектива в целом?
- Что мешает работе отдельных членов коллектива?
- Что стоит сохранить?
- Что хотелось бы изменить?

В конце этого этапа работы каждый участник отвечает на вопросы:

- Не слишком ли много всего получилось? Или слишком мало?
- Вижу ли я возможность преодолеть основные трудности?
- Достаточно ли мы доверяем друг другу, чтобы работать вместе над этими проблемами?

Затем на общем обсуждении вырабатывается коллективное мнение по этому поводу. Наконец группа переходит к решению проблем. Для этого используется следующая стратегия:

1) формулируется проблема;
2) выдвигаются альтернативные способы ее решения;
3) выбирается одна из альтернатив;
4) составляется план действий;
5) распределяются задачи и планируется время;
6) планируется способ оценки результатов.

«Зато…»

Инструкция: «Вкратце опишите на листке бумаги конфликтную ситуацию, не разрешенную на данный момент или запомнившуюся как трудноразрешимая. Подписывать листок необязательно».

Ведущий собирает все листки, перемешивает и предлагает участникам следующую процедуру обсуждения: каждая написанная ситуация зачитывается, и участники должны привести как можно больше доводов к тому, что такая ситуация вовсе не трудноразрешимая, а простая, смешная или даже выгодная, с помощью связок типа «зато…», «могло быть и хуже!», «не очень-то и хотелось, потому что…», «здорово, ведь теперь…».

После того как зачитаны все ситуации и высказаны все возможные варианты отношения к ним, ведущий предлагает обсудить результаты игры и ту реальную помощь, которую получил для себя каждый участник.

«Оптимист, пессимист, шут»

Ведущий предлагает каждому участнику описать на отдельных листках в нескольких предложениях его проблемную ситуацию. Написанная история не должна содержать никаких эмоциональных описаний – только факты и действия. Далее участникам предлагается сдать свои листки с написанными историями ведущему (возможна анонимность).

Ведущий зачитывает все варианты проблемных ситуаций, и группа выбирает 2–3 наиболее типичных, имеющих значение для всех. Ведущий предлагает группе разделиться на три подгруппы и раздает каждой подгруппе по одной истории. Задание для подгрупп следующее: надо наполнить каждую историю эмоциональным содержанием – пессимистичным (для 1-й подгруппы), оптимистичным (для 2-й подгруппы) и шутовским (для 3-й подгруппы). То есть досочинить предложенную историю и дополнить ее деталями, свойственными пессимисту, оптимисту или шуту.

Далее от имени предложенных персонажей каждая подгруппа зачитывает свою эмоциональную версию проблемных событий. После того как зачитаны все ситуации и высказаны все варианты отношения к ним, ведущий предлагает обсудить результаты игры и ту реальную помощь, которую получил для себя каждый участник.

«Печаль»

Ведущий предлагает: «Встаньте, пройдитесь по комнате и

найдите партнера, который вам интересен… Сядьте вместе и посмотрите друг на друга… У каждого из вас есть 10 минут, чтобы рассказать другому о тех ситуациях последней недели, в которых вы чувствовали себя очень плохо – были взволнованы, испытывали страх, неприятные переживания, испуг, раздражение, печаль, скуку и т. д. Тот, кто слушает, должен поддерживать рассказчика и помогать ему своими замечаниями прояснять чувства, связанные с критической ситуацией, потому что чем точнее они называются, тем легче от них избавиться.

Если вы выступаете в роли слушателя, понаблюдайте за тем, как часто вы пытаетесь смягчить болезненное сообщение, утешить партнера. Обращайте внимание на то, как вы себя чувствуете, когда партнер говорит о своих неприятностях. Не забывайте, что часто мы утешаем кого-либо лишь для того, чтобы не рисковать собственным душевным спокойствием… (10 минут.)

Теперь поменяйтесь ролями… (10 минут.) У вас есть еще 5 минут, чтобы обсудить с партнером свои ощущения. Было ли у вас впечатление, что он живо выражал свои переживания? Как вы думаете, насколько ваш собеседник мог выдерживать ваши чувства? Что было легко для вас самих? Что было трудно?..» Через 5 минут ведущий зовет участников в большой круг для обсуждения следующих вопросов:

● Насколько я готов выражать в этой группе свои негативные эмоции?

● Достаточно ли в группе говорят о тяжелых чувствах?

● Что могло бы помочь нам проявлять сдерживаемые чувства?

● Что еще я хотел бы сказать?

Рая родилась вне брака, до 11 лет жила у бабки, которая воспитывала внучку в духе повышенной моральной ответственности, привлекала к уходу за многочисленными кошками, жившими в ее доме. Когда девочке было три года, ее мать вышла замуж за пожилого ученого. Бабка не позволяла внучке встречаться с отчимом, несмотря на глубокую привязанность, возникшую между ними, вплоть до стремления девочки подражать отчиму в мелочах, – как, впрочем, и бабке, к которой она была привязана еще больше. Учебу Рая начала вовремя, училась с интересом, легко. Любила подвижные игры с мальчиками, мечтала стать учительницей младших классов. В 11 лет мать взяла дочь к себе, но она продолжала свободное от учебы время проводить у

бабки и в компании своих бывших приятелей.

С 13 лет Рая начала писать стихи, рисовать, ее поддерживал в этих занятиях отчим. В 15 лет она попала под влияние группы девиантных подростков, рано начала половую жизнь, запустила учебу, дралась с матерью. Окончила школу с результатом ниже своих возможностей. С помощью отчима устроилась работать секретарем в художественное училище, занималась с учителем рисования с целью поступить в училище.

В 18 лет Рая тяжело пережила смерть любимой бабушки, долго не могла поверить, что ее больше нет в живых. Подолгу плакала, не смогла сдать экзамены в училище, отнеслась к неудаче довольно равнодушно. В это время у отчима в результате обострения сосудистого заболевания резко ухудшилось психическое состояние, мать была вынуждена посвятить себя уходу за ним; упрекала дочь в том, что она в свое время заставила отчима много волноваться. Девушка остро переживала чувство вины, ненужности. С благодарностью приняла предложение малознакомого молодого человека выйти за него замуж. Уехала с мужем в Среднюю Азию, однако быстро поняла, что не любит его, отказывала мужу в близости и через несколько месяцев вернулась к родителям в Москву.

Безуспешно пыталась найти работу, конфликтовала с матерью, обвинявшей ее в безделье, находилась в подавленном состоянии, которое усугубилось после самоубийства приятеля. Была под сильным впечатлением от его добровольного ухода из жизни, думала о бренности существования. После беседы с участковым милиционером по поводу ее «тунеядства» пыталась вскрыть по примеру приятеля вены. Была спасена случайно вошедшими в квартиру друзьями.

После суицидальной попытки Рая испытывала чувство вины перед матерью; их взаимоотношения улучшились. С помощью матери Рая устроилась работать воспитательницей в психоневрологический интернат в группу олигофренов. Заботилась об отчиме, переживала, что его оставили друзья. Помогала знакомому юноше готовиться к поступлению в художественное училище, полюбила его. Оформила развод с мужем, собиралась вступить в брак с любимым. В это время у нее на работе возник конфликт с санитарками из-за их нечуткого отношения к ее

воспитанникам. Обращалась в администрацию за поддержкой, но не получила ее. Во время очередного конфликта, когда санитарка заявила, что «ее дебилов надо топить с рождения», Рая набросилась на пожилую женщину с нецензурной бранью, била ее ногами. Затем испытала жгучее чувство стыда, «была готова сквозь землю провалиться», убежала домой. Долго рыдала, всю ночь писала дневник. Утром мать, войдя в ее комнату, обнаружила на столе стихи:

Мне быть счастливой не дано.
Явилась я незваной гостьей
На этот пир, где не вином
Наполнены бокалы – злостью.
Не предлагайте пригубить
Испепеляющего зелья.
Уж лучше мне гонимой быть
Среди всеобщего веселья.
Нескладную судьбу свою
Я не виню – к чему брюзжанье?
Я у порога постою,
Махну рукою на прощанье
И улыбнусь. А вы в ответ
Пошлете обвинений стаю.
За мой уход прощенья нет.
Я непрощенной исчезаю…

Рая была госпитализирована в Кризисный стационар. Высказывала обиду в адрес сотрудников, обвиняла их в несправедливом отношении к себе, нечуткости, профессиональной непригодности. Упрекала себя в жестокости, так как не смогла справиться с порывом гнева, охватившим ее во время ссоры с санитаркой. Считала себя эгоисткой – по крайней мере, потому, что занимает койку в стационаре, где находятся «люди с гораздо более серьезными жизненными ситуациями». Испытывала чувство вины перед своими воспитанниками, которых «бросила, предала», а также перед матерью, которую заставила волноваться. Критиковала себя за то, что часто «делает из ничего муху, из мухи слона и открывает промысел слоновой кости». Ощущала себя никчемной, беспомощной, особенно здесь, в стационаре: «Когда я вижу слезы и не умею сделать так, чтобы они высохли, мне становится очень

стыдно».

Суицидальную попытку, совершенную ранее, Рая объяснила впечатлением, которое произвело на нее самоубийство приятеля. Она признала наличие суицидальных мыслей перед поступлением. Ее остановили надежды на неиспользованные жизненные возможности, забота о своих воспитанниках, нежелание причинять боль матери, привязанность к жениху.

Психологическое исследование показало следующее. Ведущее место в личности пациентки занимает эмоциональная сфера. Пациентка отличается высокой эмоциональной лабильностью, эмоции достаточно разнообразны, но проявляется значительная склонность к переживанию отрицательных эмоций: страха, отчаяния, вины. Склонна к обвинениям и самообвинениям. Сильно переживает собственную несостоятельность в профессиональной сфере, однако не делает серьезных попыток к изменению ситуации, уходит в фантазии (стихи, рисунки).

Коммуникативные установки незрелые. Пациентка занимает страдательную, пассивную позицию, проявляет склонность к самопожертвованию и передает ведущую роль партнерам по контакту, проявляя склонность к принятию помощи извне.

Система ценностей носит двойственный характер. Реально действующими являются мотивы достижения семейного, интимного благополучия, однако для пациентки более значимыми являются социальные ценности – достижение высокого социального статуса, успех в творческой деятельности и связанные с ним свойства личности: уверенность в себе, способность к достижению поставленной цели. Самооценка пациентки низкая. Уровень оптимизма снижен.

Социальные установки противоречивы, в раннем детстве усвоены установки прошлого века, в дальнейшем находилась под влиянием компании девиантных подростков, что усугубило неуспешность социализации. Пациентка представляет себе принципы социализации, но не владеет конкретными способами их применения. Наблюдается оппозиционная установка по отношению к лицам, олицетворяющим власть, а также лицам, от которых она зависит: мать, сотрудники. Реализация указанной установки, однако, тормозится имеющейся нормативностью. В конфликте легко

возникает чувство вины; в результате гетероагрессивные тенденции трансформируются в аутоагрессивные. В силу неразрешенности конфликтной ситуации в доминирующей жизненной сфере – социально-престижной – суицидальный риск весьма высок.

На первом этапе терапии было достигнуто раскрытие и отреагирование пациенткой суицидоопасных переживаний. С целью мобилизации личностной защиты, и в частности повышения самооценки, были актуализированы ее прошлые достижения, а также потенциальные резервы личности. Той же цели служила поддержка пациентки ее матерью и женихом, осуществлявшаяся в процессе семейной терапии. В ходе последней были подкреплены такие антисуицидальные факторы, как привязанность к жениху и матери.

В первые же дни после поступления Раиса была включена в кризисную группу, где принимала активное участие в проблемных дискуссиях, в ходе которых были достигнуты разделение ее суицидоопасных переживаний, коррекция их масштаба. На последующих групповых занятиях проявилась склонность Раисы к поддержке лиц, с которыми она идентифицировалась, также занимающих позицию жертвы. Участие Раисы в судьбе других членов группы дало возможность подкрепить ее альтруистические тенденции, играющие роль важного антисуицидального фактора: вернуться к работе, чтобы и дальше защищать своих воспитанников. После купирования суицидального риска Раиса привлекалась к участию в ролевых играх, способствующих выявлению у нее неадаптивных установок в коммуникативной сфере. Была начата их коррекция, выработка мотивации к проведению амбулаторной групповой терапии.

В процессе лечения снизилась актуальность служебного конфликта, на первое место выступило недовольство своими достижениями в жизни. Раиса решила готовиться к поступлению в пединститут. Улучшились ее взаимоотношения с матерью. Она выписалась из стационара с намерением поддерживать отношения с участниками стационарной кризисной группы, посещать амбулаторную терапевтическую группу.

После выписки из стационара Раиса в течение трех месяцев посещала групповые занятия в кабинете социально-психологической помощи. Она поступила на

дефектологическое отделение пединститута, вышла замуж. Во время катамнестического исследования через 4 года Раиса находилась в академическом отпуске по уходу за годовалым ребенком. Полгода назад она пережила смерть отчима, много плакала, плохо спала, но суицидных мыслей не появлялось. Раиса решила полностью доверить матери уход за ребенком, возобновить учебу и совмещать ее с прежней работой. Отмечает, что после пребывания в Кризисном стационаре и курса амбулаторной групповой терапии стала более самостоятельной и терпимой к окружающим, меньше зависит от их отношения к ней.

Анализ наблюдения. Решающую роль в формировании личности Раисы сыграли условия воспитания: отвержение в раннем детстве единственным родителем – матерью, приучение бабкой к повышенной моральной ответственности, гиперпротекция отчима, влияние группы девиантных подростков в пубертате. Указанные воздействия на личность обусловили ее сенситивную акцентуацию, проявляющуюся в обостренной реакции на отношение к себе и объектам идентификации. Раиса отличается повышенной привязчивостью, склонностью занимать крайние позиции в общении: или беспомощно принимать опеку, или полностью брать на себя ответственность за своих подопечных.

Первый суицидальный эпизод возник на фоне цепи психотравм, в ряду которых выделяется смерть любимой бабушки и самоубийство приятеля. Сохраняющаяся суицидальная готовность в последующем сыграла роль кризисной предиспозиции, вызывающим событием послужил служебный конфликт. Пресуицид, послуживший основанием для госпитализации, развился остро, личностный смысл данной реакции – протест и самонаказание.

В связи с фокусированием психологических расстройств в эмоциональной сфере акцент в терапии на первом этапе был сделан на кризисной поддержке. Она проводилась в индивидуальной, семейной и групповой формах. После ликвидации суицидального риска на втором этапе с целью профилактики рецидивов суицидального поведения было осуществлено кризисное вмешательство, вскрыты неадаптивные установки пациентки в коммуникативной сфере. На заключительном этапе терапии была выработана мотивация к коррекции

неадаптивных коммуникативных навыков, начат тренинг конструктивных способов разрешения межличностных конфликтов.

В результате проведенной стационарной кризисной терапии укрепились нарушенные эмоциональные связи пациентки с окружающими, снизилась актуальность производственного конфликта, была начата работа по тренингу навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных установок в коммуникативной сфере, которая затем успешно продолжалась в амбулаторной терапевтической группе. Как показало катамнестическое исследование, в дальнейшем наблюдалось повышение уровня социально-психологической адаптации пациентки; она стала менее зависимой и ранимой, заняла активную, оптимистическую жизненную позицию, имеет реальную перспективу для реализации своего личностного потенциала.

Семейная психотерапия

Семейная терапия является одним из основных подходов в современной психотерапии, суть которого состоит в том, что в качестве «клиента» для семейного терапевта выступает не индивид, проявляющий те или иные нарушения, а вся его семья. Семейная терапия ориентирована на оптимизацию домашнего окружения больного (психотерапия семьи), при этом используется групповой семейный эффект для лечебного воздействия на больного (психотерапия семьей). Последователи интегративного направления используют в своей практике методы различных направлений в зависимости от особенностей семьи и этапа терапии. Системный подход в семейной терапии охватывает разные модели: динамическую, структурную, стратегическую, коммуникативную и др.

Иногда семья не доверяет индивидуальной терапии выделенного пациента и постоянно вмешивается в ход лечения. В таком случае пригласите семью для обсуждения их сомнений и опасений, чтобы выработать общую тактику. При этом возможен переход к семейной терапии.

Показания к проведению семейной терапии:

- симптомы выделенного пациента являются следствием внутрисемейных проблем;
- выделенный пациент – ребенок или подросток, нуждающийся в семейной поддержке;
- семейный кризис затрагивает всех членов семьи;
- семейная терапия проводится вместо параллельной индивидуальной помощи проблемным членам семьи;
- семейная терапия направлена на подготовку следующего этапа лечения;
- семейная терапия продолжает психотерапию, начатую в стационаре.

Противопоказания к проведению семейной терапии:

- симптомы пациента являются проявлением внутрипсихического конфликта[79], с которым лучше работать в интимной обстановке индивидуальных сессий;
- у пациента выражена тенденция обвинять в своих проблемах семью, в этом случае назначение семейной терапии может укрепить его позицию;
- в процессе индивидуальной терапии у пациента возникает необходимость изменить свою позицию в семье, и он подталкивает терапевта включить членов семьи в терапию. Если

пойти у него на поводу, необходимое напряжение в индивидуальной терапии снижается;

● члены семьи настолько враждебно настроены друг к другу, что могут превратить семейную сессию в физическое выяснение отношений.

Цели семейной терапии: мобилизация, успокоение, улучшение межличностной коммуникации, повышение эффективности ролевого исполнения[80], ликвидация конфликтов, редукция симптоматики (ослабление симптомов) у одного или нескольких членов семьи, личностная реконструкция[81]. Игнорирование указанных целей может свести семейную терапию к взаимной психосексуальной «подгонке» супругов друг к другу.

Задачи семейной терапии:

● налаживание прямого взаимного контакта;

● оказание помощи семье в понимании сути происходящего процесса и обращении к глубинному конфликту, который лежит в основе неправильного отношения к члену семьи;

● развитие способности к взаимопониманию и эмпатии;

● развитие способности принимать существующие различия в оценках и взглядах;

● установка на то, чтобы члены семьи понимали и уважали интересы и потребности друг друга;

● формирование более гибкого отношения к тому, кто становится лидером в определенной ситуации;

● стремление к тому, чтобы участники осознали динамику взаимоотношений между поколениями;

● совершенствование навыков индивидуального и совместного решения проблем;

● объяснение, что нельзя приписывать семейные проблемы кому-то одному;

● освобождение пациента от роли «козла отпущения»;

● развитие способности к анализу собственных потребностей и переживаний;

● обеспечение баланса между личными и семейными факторами, стремлением к независимости и сплоченности;

● изменение дезадаптивных семейных правил.

В отличие от индивидуального консультирования:

● ищите корни проблем не внутри самой личности, а в более широком контексте взаимодействия людей;

● действуйте активнее, директивнее, с бóльшим контролем,

чем при индивидуальном консультировании;

● будьте прагматичными и гибкими, используйте различные теоретические подходы;

● внимательно относитесь к семейным правилам, нормам и объединениям внутри семьи;

● применяйте циркулярную модель причинно-следственных связей – при определении причин каких-либо событий или поведения рассматривайте более широкую картину и выясняйте, как взаимосвязано поведение разных людей;

● используйте модели развития, которые описывают жизненный цикл семьи, включая естественные и предсказуемые перемены, кризисы и конфликты;

● учитывайте различные варианты структуры семьи: смешанная семья с детьми от другого брака или приемными детьми, неполная семья или сожительствующая гетеросексуальная или гомосексуальная пара.

Освойте педагогический подход, умейте прояснить цели семьи, не склоняйте ее членов ни к какому типу взаимоотношений, честно признавайте границы своих возможностей. Работайте в единой «команде» с семьей, подчеркивайте ее позитивную роль в терапевтическом процессе, с пониманием и сочувствием относитесь к интенсивным эмоциональным проявлениям в семье. Помогайте членам семьи в их развитии, информируйте семью о самых различных возможностях лечения, помогайте ей в психологическом и медицинском образовании с помощью научно-популярной литературы, обеспечивайте информацией о возможной социальной помощи, будьте готовы прийти на помощь семье в любой момент.

Схема проведения первичного приема

1. Беседа по телефону, построение первичной гипотезы.

2. Очное проведение циркулярного интервью. Проверка первичной гипотезы. Выдвижение следующей гипотезы, если первичная гипотеза не подтвердилась.

3. Если с семьей работает терапевтическая команда, обсуждаются результаты интервью с командой и разрабатываются стратегии и тактики воздействия. Если терапевт работает один, то он сразу переходит к следующему этапу. Стратегию и тактику воздействия психотерапевт разрабатывает сам и сразу.

4. Психотерапевт дает семье обратную связь относительно того, как он понял семейную проблему.

5. Заключение терапевтического контракта: предложение

курса семейной терапии, уточнение цели и возможных результатов терапии, распределение ответственности, обсуждение частоты и длительности сессий и оплаты.

Во время первого телефонного разговора выясните:

- Кто является инициатором обращения?
- На что жалуется клиент (супружеская проблема или детско-родительская)?
- Каков состав семьи?
- Сколько лет детям и другим членам семьи?
- Почему семья была направлена к вам?
- Почему она была направлена именно сейчас?
- Был ли у семьи положительный опыт работы с терапевтом или ей пришлось пережить чувства разочарования, гнева и недоверия?
- Если семья направлена другим профессионалом и первым обратился член семьи, обсуждал ли терапевт с ними ситуацию?
- Если инициатором направления явился друг, родственник или непрофессионал, знакомый с семьей, то что привлекательного было сказано о терапевте?
- Кто в семье явился инициатором контакта и кто был избран для этого?
- Какие характеристики, ассоциации и установки связаны с первым контактом? Они позитивны или негативны?
- Насколько заметно сопротивление во время первого контакта: трудно договориться о времени встречи, привести других членов семьи и т. д.?
- Насколько трудно было договориться со звонившим?
- Делали ли вы попытки решать заявленную проблему?

Ответьте также на следующие вопросы:

- Какие вы предвидите проблемы в работе с данной семьей?
- Имеете ли вы необходимую подготовку и опыт работы с этими проблемами?
- Представляется ли этот случай посильным для вас?
- Чего вы лишитесь, если откажетесь работать с этой семьей (например, заработка)?
- Готовы ли вы начать терапию сами или направите семью к другому терапевту?
- Какие факторы сопутствуют этой семье и вашему особому интересу?
- Какие ваши личностные характеристики помогут или помешают вам работать с этой семьей?
- Как ваша собственная семейная история может помочь или

помешать терапии в данном случае?

● Имеются ли у вас личностные или кризисные проблемы, подобные тем, которые представила семья? Если да, то как ослабить возможность их влияния на терапию?

● Будете ли вы работать с котерапевтом? Каков ваш предыдущий опыт котерапии вообще и друг с другом в частности?

● Если к работе будет привлечен котерапевт, то в какой роли: коллеги, ученика и т. д.?

● Каков интерес и степень энтузиазма терапевта и котерапевта в данном случае?

Организуя работу с семьей, разрешите проблемы:

● Следует ли работать сразу со всей семьей или сначала необходимо начать заниматься с отдельными ее членами?

● Работать ли с семьей одному, с котерапевтом или же с терапевтической бригадой?

● Приглашать семью к себе или выезжать к ней на дом?

● Какого стиля ведения придерживаться – директивного или недирективного?

● С каких проблем необходимо начать – с важнейших семейных или с частных?

● Составить ли подробный план действий или действовать «по обстоятельствам»?

Ответы на перечисленные вопросы не должны определяться вашей теоретической ориентацией или характерологическими особенностями пациентов. В зависимости от особенностей семьи, ее проблемы и условий работы:

● используя поведенческие и структурные вмешательства, блокируйте симптомы нарушенного поведения;

● с помощью психодинамического метода проясните неосознаваемые конфликты, являющиеся причиной появления симптомов;

● освободите ребенка с эмоциональными проблемами и поведенческими симптомами от роли «козла отпущения», применяя системный подход, направленный на работу с проблемами системного характера и патологическими защитами членов семьи;

● обеспечьте тренинг коммуникативных навыков, включаясь в семейные взаимодействия во время сессий.

Сопротивление семьи служит поводом задуматься над следующим:

● Какое послание семья пытается мне передать?

● Не слишком ли я настойчив?

● Кто перегружен – вся семья или кто-то один?

● Может быть, мы еще не готовы для работы с этой темой?

● Достаточно ли сильна мотивация семьи, чтобы реализовать мое предложение?

Тактика работы с семейным сопротивлением

● Создайте альянс. Присоединитесь к семье в качестве сочувствующего и готового оказать поддержку ее члена.

● Помните, что все семьи сопротивляются терапии. Любая система активно работает в направлении поддержания своего равновесия и препятствует любым изменениям.

● Создайте альянс с человеком, обладающим в семье реальной властью. Без учета семейной иерархии никакое изменение невозможно.

● Встаньте на позицию членов семьи с точки зрения их взгляда на проблему. Не следует с первых минут оспаривать мнение того или иного члена семьи о сути проблемы. Возможен лишь медленный рефрейминг.

● Начните с того, что доступно членам семьи. Не предлагайте им сделать то, к чему они пока не готовы.

● Идите по пути наименьшего сопротивления. Избегайте вступать в борьбу, вначале сосредоточьтесь на тех аспектах проблемы, которые легче поддаются изменениям.

● Рассматривайте сопротивление с точки зрения его полезности. Вместо того чтобы считать отказ от сотрудничества проявлением упрямства, рассматривайте его как обратную связь.

● Заключите контракт. Окажите членам семьи помощь в выборе реалистичных целей и помогите справиться с заданиями, которые им под силу.

Если сопротивление проявляется в сомнениях по поводу вашей компетентности («Вы сами в браке? Вы разводились? У вас есть дети? Вы давно занимаетесь семейной терапией?»):

● отвечайте открыто – важнее не содержание ответа, а взаимная честность и открытость;

● избегайте защитных реакций («Почему вы спрашиваете?»);

● задайте вопрос только после ответа клиенту («Скажите, пожалуйста, почему вам важно было это узнать?»);

● будьте благодарны, что вам помогают осознавать ваши уязвимые места.

Организуйте обсуждение членами семьи широкого круга проблем, касающихся их совместной жизни и способов решения

различных общих вопросов. На начальном этапе семейной терапии такая дискуссия помогает поколебать устоявшиеся представления участников, зародить в них сомнения в очевидности, универсальности их убеждений. Далее формируется адекватное представление о том или ином аспекте семейной жизни. При этом нередко выявляются ригидные неэффективные роли (Пессимист, Оптимист, Теоретик, Практик и т. д.), эгоцентризм и соперничество участников.

В этих случаях введите специальные правила ведения дискуссии, которые обсуждаются членами семьи и закрепляются на последующих встречах: цель дискуссии – не доказать свою правоту, а совместно найти истину; прежде чем возражать, подумайте, в чем может быть прав собеседник, и попробуйте развить это; важно установить истину, а не просто пойти на соглашение ради мира.

При проведении семейной дискуссии применяйте следующие приемы: эффективное использование молчания, умение слушать, обучение с помощью вопросов, повторение (резюмирование), обобщение, раскрытие эмоциональных состояний членов семьи, конфронтация с определенным мнением или даже членом семьи.

Занятия в группе супружеских пар лучше начинать с обсуждения нейтральных и беспроблемных областей, затем переходите к более сложным зонам конфликта. Обучайте супругов прямо говорить о положительных и негативных чувствах, избегая уклончивости и обвинений. Поощряйте супругов выражать свои желания позитивно («что я *хочу*», а не «чего я *не хочу*»). Вырабатывайте навык конкретной просьбы (что, где и когда) вместо требования с оттенком угрозы. Помогайте парам обсуждать, на каких условиях супруги готовы изменить свои отношения, используя конкретные пожелания, компромиссы и письменные соглашения.

Эти тренировки помогают разрешению супружеских конфликтов и профилактике рецидивов.

Типичные заблуждения начинающих семейных терапевтов

● Семейная терапия начинается на первой встрече (на самом деле – с телефонного обращения и договора о составе участников).

● Положительные результаты могут быть достигнуты в ходе одной сессии (это наивно).

● Семейный терапевт является специалистом в решении семейных проблем (подобная тенденция к спасательству повышает уровень тревоги в семье).

● Главная цель – осознание семьей своих проблем (на самом

деле необходимо осознать характер взаимоотношений и взаимных ожиданий и стремиться изменить поведение всех членов семьи).

● Основная роль семейного терапевта – дать возможность членам семьи рассказать ему о своих отношениях и переживаниях (на самом деле – обеспечить атмосферу, в которой члены семьи по-новому услышат и поймут друг друга, осознают, как на их поведение влияют прошлые поступки партнеров, надежды и устремления, связанные с будущим).

● В первую очередь защищайте детей. При этом матери посылается сообщение: «Я была бы лучшей матерью этим детям, чем вы». Такая позиция терапевта провоцирует сопротивление матери или семьи в целом.

Типичные ошибки

● Неадекватное понимание и анализ обстоятельств обращения, особенно в отношении оценки проблемы.

● Недостаточный учет системного характера проблемы, например игнорирование петли обратной связи.

● Нечеткая постановка цели, неясность, кто ее устанавливает.

● Несоответствия или противоречия между теоретическим подходом и применяемыми вмешательствами.

● Теоретические ошибки и упущения, например игнорирование основной семейной травмы, психологических ресурсов семьи или влияния межпоколенческих моделей поведения.

● Недостаточный учет роли заявленной проблемы.

● Недостаток внимания к влиянию определенных мотиваций, например меркантильных.

● Противоречивые цели, которые влияют на результат терапии.

● Слабый терапевтический альянс с семьей.

● Несовместимость котерапевтов и разрушающая лечение модель котерапии.

● Нарушения терапевтического процесса при смене терапевтов.

● Экологические ошибки, например неадекватное подключение других учреждений или конфликт множественных ролей терапевта.

● Размывание терапевтического процесса, затягивающее время и обессиливающее терапевта.

Динамическая семейная терапия

Цель терапии – освободить членов семьи от бессознательных невротических защит, сформировавшихся в детстве, обеспечить индивидуальное и семейное развитие.

Задачи терапии:

● создание терапевтической атмосферы, способствующей эмпатическому взаимодействию между членами семьи, а также между семьей и терапевтом. Обеспечение безопасности, за счет самообладания и уверенности, участников при соприкосновении с сильными и потенциально разрушительными чувствами (избегайте борьбы за власть);

● обеспечение безопасности и эмоциональной поддержки наиболее слабого в данный момент члена семьи; стремление терапевта стать образцом доброжелательного понимания, безусловного принятия, утверждения ценного, конструктивного сотрудничества и компромисса;

● нейтрализация процессов предубежденного поиска виноватого, которые укрепляют одну группу в семье ценой жертв со стороны других. Проявление уважения ко всем членам семьи, не разделяя их на правых и неправых и воздерживаясь от критики;

● активизация обсуждений важных конфликтов и способов их решения. Прояснение актуального конфликта, устраняя путаницу, непонимание и защитные маскировки;

● формулировка сущности актуального конфликта с помощью следующих вопросов:

– Как члены семьи взаимодействуют относительно симптома и как это взаимодействие влияет на симптом?

– Какова функция имеющегося симптома?

– Какого несчастья опасаются в семье, что мешает ей более открыто воспринимать конфликт?

– Как определить актуальный конфликт одной фразой?

● противодействие отрицания конфликта, его смещения и рационализации. Постановка участников лицом к лицу с реальностью (не беспокойтесь о том, что вы не нравитесь);

● устранение сопротивления и снижение интенсивности переживания страха и вины, применяя в основном конфронтацию, а также интерпретацию;

● стремление к тому, чтобы члены семьи осознали, как нерешенные в прошлом проблемы влияют на их взаимоотношение в данный момент и как из этого нарушенного контекста отношений возникают неконструктивные способы

адаптации к жизни семьи у некоторых ее членов;

- поощрение каждого участника в строительстве непосредственных личных отношений с каждым из членов расширенной семьи, без вмешательства других;
- помощь пациентам в исследовании их собственных и родительских семей в терминах семейной динамики и использование результатов наблюдений для контроля над своими эмоциональными реакциями;
- обучение пациентов избеганию триангуляций во время семейных конфликтов, для чего нельзя принимать чью-либо сторону и не следует использовать невротические защиты;
- предоставление своей личности для тестирования реальности, информирование участников и служение образцом члена гармоничной семьи.

В процессе терапии создайте атмосферу открытости и искреннего проявления чувств. Способствуйте тому, чтобы члены семьи менялись местами, смотрели в глаза, прикасались друг к другу. Овладейте спецификой семейного языка. Следите за подавленными проявлениями эмоций и невербальным общением, чтобы установить источники чувств, препятствующих взаимопониманию в семье.

Объясните семье теорию семейных систем, побудите наладить контакт с остальными членами семьи и работать над самоопределением, в расчете на то, что изменения одного приведут к трансформации всей системы. Для наглядности используйте генограммы, иллюстрирующие взаимоотношения в расширенной семье пациента на протяжении нескольких поколений. Выявите эмоциональные долги, которые переносятся из родительской в собственную семью или из первого брака во второй. Помогите пациентам освободиться от чрезмерной лояльности родовым традициям и найти эмоциональный баланс реальных прав и обязанностей. Помогите им проанализировать межпоколенные аспекты, при необходимости пригласите на сессию представителей старших поколений.

Выявляйте бессознательные семейные защиты с помощью анализа обмолвок, метафор, жестов, фантазий, сновидений. Используйте технику «семейной скульптуры» для анализа взаимного восприятия членов семьи, их взаимоотношений, взглядов на прошлое и будущее. Интерпретируйте и изменяйте скульптуру для стимуляции свободных ассоциаций.

Для облегчения инсайта поощряйте вербализацию подавленных или вытесненных стремлений, интерпретируйте неосознанный смысл сказанного. Интерпретации помогают

выявить и преодолеть индивидуальное и семейное сопротивление, которое мешает осознанно удовлетворять основные влечения. Благодаря интерпретациям члены семьи начинают понимать, как их прошлое незаметно влияет на их настоящее. Это приводит к эмоциональному дистанцированию от актуального конфликта и его сознательной переработке.

Перенос позволяет членам семьи и/или семье в целом проецировать свои неразрешенные объектные отношения на терапевта. Этот процесс особенно легко возникает при ведении семьи двумя разнополыми терапевтами, которые ассоциируются с родителями. Помогите семье проанализировать в терминах переноса ранние объектные отношения и взять их под сознательный контроль. Выявляйте неотреагированные реакции пациента на утраты[82] и завершайте процесс скорби в присутствии и с участием других членов семьи, чтобы ускорить исцеление и повысить уровень семейной эмпатии.

Нередко в ходе сессий выявляется двойной зажим, в основе которого лежит внутриличностное амбивалентное расщепление типа «Мне очень хочется, чтобы ты подошел ко мне, но твое приближение так пугает меня, что лучше не подходи, и вообще не будем об этом – так что же ты не подходишь?». В таком случае интегрируйте в своем сознании обе неконгруэнтные части, иначе они могут распределяться среди остальных членов семьи. Характерной особенностью патологических отношений не только между членами семьи, но и между терапевтом и дисфункциональной семьей является отсутствие возможности для различения. Это выражается как в виде мнимого уподобления желаний и страхов (посредством идентификации, выполняющей функцию межличностного защитного механизма), так и в виде их противопоставления (амбивалентного расщепления/проективной идентификации).

Избегайте вовлечения в треугольники и учите членов семьи воздерживаться от них. Для этого задавайте объективный и рациональный тон беседе, направляйте ее ход, поощряйте членов семьи обращаться непосредственно друг к другу. Делайте акцент не на объяснении возможных мотивов поведения, а на констатации того, «кто, что, когда и где кому сказал или сделал». Во избежание триангуляции и сохранения справедливого равновесия сил занимайте сторону то одного, то другого члена семьи.

Для освобождения взрослых пациентов из прошлых треугольников и формирования парных отношений с родителями вмешивайтесь в иерархию власти в первичной семье. С этой целью проведите групповой тренинг, в ходе которого пациенты

пишут автобиографии, анализируют паттерны коммуникации в семье, обсуждают конфликты и тайны прошлого, пишут неотправленные письма родителям. В заключение проведите несколько встреч зависимого пациента с родителями, чтобы он установил с каждым из них автономные эмоциональные отношения.

Работайте одновременно с супружеской парой или семьей в терминах семейного переноса и контрпереноса, относясь к семье как к клиенту, а к поведению ее членов – как симптому. Обращайте внимание на социальные влияния, модели проекции и идентификации, «неоконченное дело» или травму в родительской семье, сублимацию фрустраций[83], механизмы совладающего (проблемно-решающего)[84] поведения и адаптации, «ключи» к бессознательному[85] идентифицированного пациента.

Проявления сопротивления:

- терапия застряла в положении плато;
- сессии однотипны и предсказуемы;
- терапевт слишком активен при выборе темы разговора;
- терапевт и семья выработали дружеские отношения, которые стали важнее, чем обращение к конфликтам;
- терапевт взял на себя определенную роль в семье (сочувствующий слушатель супругов или фигура строгого родителя для детей), заменяя недостающую функцию в семье (когда супруги не слушают друг друга, а родители недостаточно дисциплинируют и контролируют своих детей).

В заключение выявите неотреагированные реакции клиента на утраты и завершите работу горя в присутствии и с участием других членов семьи, что ускоряет исцеление и повышает уровень семейной эмпатии.

Структурная семейная терапия

Цели терапии

Выявление взглядов членов семьи на реальную семейную ситуацию; создание эффективной иерархической структуры, в которой родители являются авторитетом для детей; образование эффективной родительской коалиции, в которой родители поддерживают друг друга при предъявлении требований к детям; расширение субсистемы детей в субсистему сверстников, побуждение их к общению вне семьи; обособление супружеской субсистемы от первичных семей; изменение коммуникативных стереотипов в расчете на перестройку всей системы внутрисемейных отношений.

Для достижения указанных целей последовательно выполните следующие ***задачи:***

- присоединитесь к семье в качестве ее лидера, оберегая в то же время автономию семьи;
- исследуйте структуру семьи, наблюдая спонтанные взаимодействия ее членов и обсуждая с семьей проблемы правил, ролей и границ;
- тщательно сформулируйте план работы, предусматривающий разнообразные воздействия на семью;
- осуществите трансформацию семейной структуры за счет ее интерпретаций, побуждения к новым способам взаимодействия и их поощрения, а также путем демонстрации адаптивного стиля общения;
- изменяйте равновесие, создавайте новые границы, боритесь с непродуктивными представлениями членов семьи.

Будьте директивным, эмпатичным и отстраненным, но включенным в контекст семейных отношений в качестве одного из его элементов. Осуществляйте 7 категорий реструктурирующих действий: актуализацию семейных моделей взаимодействия, разметку границ, эскалацию стресса, поручение заданий, использование симптомов, манипуляцию настроением, поддержку и обучение или руководство.

На начальной стадии терапии определите главные конфликты и вызовите их здесь и теперь. Выдвиньте и сформулируйте предположение о том, что такого делает семья, чтобы не разрешать существующую у нее проблему и сохранять ее. Сосредоточьте усилия на первичных проблемах и поддерживающих их взаимоотношениях. Давайте домашние задания, посвященные проблемам и скрытым обстоятельствам,

поддерживающим их.

Бросьте вызов семье, чтобы ее члены увидели собственную роль в надоевших им проблемах. Настаивайте на изменениях во время сессий и дома. Эффективно используйте супервизию[86] для обсуждения правильности формулировок и эффективности вмешательств.

На первой сессии:

1) установите контакт со всеми членами семьи и примите точки зрения на проблему и чувства присутствующих;

2) установите лидерство, контролируя структуру и ход интервью;

3) создайте рабочий альянс с семьей, балансируя между сердечностью и профессионализмом;

4) похвалите членов семьи за позитивные действия и сильные стороны семьи;

5) сохраняйте эмпатию к участникам и уважительное отношение к образу действий всей семьи;

6) фокусируйтесь на конкретных проблемах и предпринятых попытках к их разрешению;

7) создайте гипотезу относительно бесполезных взаимодействий вокруг существующей проблемы. Интересуйтесь, почему она сохраняется;

8) учитывайте возможную вовлеченность отсутствующих членов семьи, друзей и сослуживцев;

9) договоритесь о терапевтическом контракте, который зафиксирует семейные цели и функции терапевта с целью структурирования лечения;

10) побуждайте членов семьи задавать любые вопросы.

Вначале определите, кто в семье лидер, кто сублидер – «рупор семьи», кто идентифицированный пациент (чаще – ребенок, выделенный семьей в качестве семейной защиты). Если в семье есть явный лидер, то обращайтесь к другим членам семьи через него. Затем присоединитесь к семье, устанавливая конструктивную дистанцию, подражая их речи, употребляя метафоры и привычные для семьи идиомы, используя понятия, отражающие доминирующие анализаторы того или иного участника. Говорите с родителями на языке ответственности, с детьми – на языке отстаивания прав. С общительной семьей будьте общительны, со сдержанной – сдержанны. Используйте синхронизацию дыхания и экспрессивности речи с членом семьи, заявляющим проблему, применяйте копирование поз, мимики и жестов участников беседы.

Применяйте следующие приемы:

● сядьте рядом с членами данной субсистемы и действуйте вместе с ними;

● внимательно слушайте членов данной субсистемы и способствуйте тому, чтобы остальные тоже внимательно их слушали, признавали их право на самостоятельные высказывания;

● покажите членам субсистемы, как они неадекватно используют свою власть и тем самым достигают результата, противоположного желаемому;

● тренируйте супругов в адекватном родительском поведении и предлагайте им сразу же применять результаты этого тренинга во взаимодействии с ребенком;

● помогите членам субсистемы ясно определить свои собственные потребности и позиции и продемонстрировать это в откровенно напористой манере;

● соотнесите внутрисемейные роли и задачи с ясно очерченными границами внутри семьи (распределите обязанности);

● освободите ребенка от псевдородительской роли или постарайтесь сдвинуть его с приятельской позиции по отношению к родителям (попросите родителей делать то, что обычно делают дети);

● напомните членам каждой из субсистем (в том числе прародителям) об их адекватном месте в семейной системе и помогите им определить свое собственное семейное пространство, свои права, привилегии и обязанности в рамках каждой из субсистем.

На средней стадии терапии:

1) с помощью инструкций и домашних заданий перекраивайте внутрисемейные границы, ослабляя слишком жесткие и укрепляя слабые;

2) используйте напряженность, чтобы бросить вызов членам семьи, изобретательность, чтобы обойти сопротивление, и сочувствие, чтобы добраться до защит;

3) не будьте слишком прямолинейным и контролирующим, чтобы у членов семьи была возможность экспериментировать, доверять себе и совершенствовать собственную манеру построения отношений между собой;

4) воспитывайте личную ответственность и взаимопонимание;

5) удостоверьтесь, что усилия по улучшению взаимоотношений оказывают положительный эффект на проблему семьи;

6) даже если вы встречаетесь не с полным составом семьи, не

теряйте ее всю из вида, особенно те сложности в ней, которые так хочется не замечать.

Входя во временный альянс с одной из семейных субсистем (родителями или детьми), на какое-то время отдайте все свои силы, авторитет и власть данной группе или члену семьи. Упрочив эту субсистему, можно осуществить альянс с другой субсистемой. Присоединение к субсистеме способствует укреплению партнерских связей между ее членами и границ субсистемы внутри общей семейной системы. Разрушаются внутрисемейные альянсы, поддерживающие дисфункциональность семейной системы, родители освобождаются от излишней вовлеченности в жизнь детей, а дети – в жизнь родителей. Между родителями возникает единство, их действия становятся более согласованными.

Присоединение к субсистеме также помогает перераспределить власть в семье, разрушить треугольники, проявить больше гибкости при маневрировании внутри семейной системы, установить адекватные границы между субсистемами. При этом учитывайте опасность неосознанной идентификации с одним или несколькими клиентами против других – «встать на сторону одной субсистемы», а также то, что именно так может воспринять присоединение к субсистеме семья.

Перераспределяйте членов семьи таким образом, чтобы поддержать нуждающиеся в этом субсистемы и укрепить границы между поколениями. Это позволит воочию наблюдать функционирование семейной структуры в различных условиях, а семье – осознавать и изменять свои реакции на внешние воздействия.

Технические рекомендации:

- изменяйте порядок, в котором члены семьи присутствуют на сессии, – например, усадите вместе родителей и вместе детей;
- изменяйте привычную длительность взаимодействия и привычную дистанцию (физическую и психическую);
- используйте однообразное повторение воздействия и повторение воздействия в скрыто сходных ситуациях;
- видоизменяйте задания, чтобы подчеркивать различия в ответственности родителей и детей;
- помогайте родителям передавать часть своей ответственности детям в соответствии с их реальными возможностями отвечать за свои действия;
- практикуйте встречи с родителями без детей для обсуждения вопросов, находящихся исключительно в

родительской компетенции;

● попросите родителей разрешить проделать с детьми какое-то задание;

● стимулируйте развитие потребности в индивидуальном личностном пространстве – например, предложите закрывать двери как в комнате у родителей, так и комнате детей;

● посоветуйте родителям и детям проводить больше времени отдельно друг от друга;

● подчеркивайте руководящую роль родителей в семье, в воспитании детей;

● побуждайте родителей обсуждать свои проблемы с друзьями и вами и не втягивать в это детей;

● побуждайте родителей к тому, чтобы они вели себя с детьми как взрослые, а не регрессировали, переживая фрустрацию, к детскому уровню;

● отказывайтесь втягиваться во внутрисемейные манипуляции.

Данная техника помогает добиться единства между родителями и согласованности в их действиях. Она способствует разрушению внутрисемейных альянсов, которые поддерживают дисфункциональность семейной системы, освобождают родителей и детей от излишней вовлеченности в жизнь друг друга. Она также может выявить и исправить псевдосогласие между родителями, когда они делают вид, что соглашаются друг с другом для того, чтобы избегать явных конфликтов.

Используйте приемы групповой терапии: эмоциональное сплочение и поддержку; отреагирование – приобретение навыков соответствующего адресования и проявления эмоций, особенно негативных; получение обратной связи от участников терапии и предоставление обратной связи.

Завершающую стадию терапии посвятите решению следующих вопросов:

● Достигнуто решение лишь заявленной проблемы или произошли значительные улучшения в других сферах семейной жизни?

● Удовлетворена ли семья тем, что произошло? Заинтересованы ли члены семьи в продолжении работы над собой и улучшении своих отношений?

● Понимают ли члены семьи, какие их действия не срабатывают и как избежать повторения сходных проблем в будущем?

● Отражают ли незначительные рецидивы проблем неразрешенность неких скрытых динамик или просто то, что

семье нужно заново приспособиться к функционированию без терапевта?

- Члены семьи развили и улучшили отношения только между собой или и вне семьи?

Стратегическая семейная терапия

На первую встречу пригласите всех членов семьи от 10 лет, чтобы точнее оценить иерархию, включить в изменение взаимоотношений всех участников конфликта и контролировать возможные негативные последствия для кого-то из них. Для сосредоточения контроля в одних руках предпочтительно работать в одиночку.

Работа охватывает более широкий, чем сама семья, социальный круг. Например, вы можете вступить в конфликт со школой, в которой обучается ребенок, идентифицированный семьей в качестве пациента, причем этот конфликт может стать фокусом терапии. Ясно сформулируйте окончательную и промежуточные цели, а также объективные критерии, по которым можно будет судить об их достижении. Ответственность за результат возлагается в первую очередь на вас, о чем заключите соответствующий договор с семьей.

Тщательно спланируйте этапы терапевтического процесса с определением, на каких членов семьи, каким образом и на каком шагу терапии будете воздействовать, чтобы в заявленной проблеме пропала необходимость. Для каждого случая «изобретайте» свою программу, по ходу терапии изменяйте ее или заменяйте новой. Интервенция может быть направлена на сближение или разъединение членов семьи, создание новых проблем, решение которых может вызвать изменения, нужные для решения заявленной проблемы. Технические приемы берутся из любых школ и ориентаций, если они могут оказаться полезными.

Основное внимание уделите четырем элементам: симптомам, метафорам, иерархии и власти. Патологические симптомы рассматривайте как проблемы, возникшие при переходе семьи от одной стадии жизненного цикла к другой. Позитивное истолкование симптома предполагает отношение к нему как к одному из способов адаптации, задачей терапии является поиск других способов.

Сформулируйте проблему в коммуникативных терминах таким образом, чтобы она могла быть решена. Рассматривайте ее как способ, с помощью которого один член семьи передает сообщение другому и пытается определенным образом влиять на его отношение к себе. Например, когда ребенок отказывается посещать школу, он выражает своим проблемным поведением не только собственный страх, но и страх матери. Таким образом, симптом служит метафорическим выражением коммуникативной проблемы, а изменение метафор и аналогий становится фокусом

терапии.

Система взаимодействия, возникшая вокруг симптома, который имеет один из членов семьи, может являться метафорой системы взаимодействий, сформированной на основе другой проблемной ситуации в семье, заменяя ее. Например, мать, отец, братья и сестры фокусируются на проблеме одного из детей аналогично тому, как они фокусировались на проблеме отца, существовавшей задолго до появления симптома у ребенка. Фокус на проблеме ребенка предотвратит взаимодействие, центром которого долгое время был отец.

Когда кто-нибудь из членов семьи говорит о проблеме, замечайте следующее.

● Волнует ли родственника то, что подумают другие по поводу его высказываний. (Это позволяет выдвинуть гипотезы о существовании коалиций.)

● Говорят ли члены семьи об этой проблеме в первый раз или раньше они об этом уже рассказывали. (Некоторые семьи уже проходили лечение у другого психотерапевта, и это важная информация. Она дает возможность эффективнее производить изменения, делая что-то отличное от предыдущих способов лечения.)

● Верит ли семья, что терапевт им может помочь, или она чувствует безнадежность. (Тогда в последнем случае вам придется искать различные способы мотивации для членов семьи, иначе будет трудно произвести изменения.)

● Кого они обвиняют в сложившейся ситуации – ребенка, школу, себя? (Исследование этой информации дает возможность подстроиться к критериям и ценностям семьи, затем следует в конечном итоге привести ее к тому, что решить проблему можно только совместными усилиями всех ее членов, и заметить их реакцию. Следует уделить особое внимание родственникам, не согласным с таким заявлением, чтобы подстроиться к их критериям и сохранить адекватный раппорт.)

● Когда один человек говорит, наблюдайте за реакцией остальных. Согласны ли они с говорящим? (Особенно важно заметить реакцию жены на высказывания мужа и наоборот.) Это позволяет точнее исследовать иерархическое устройство и определить патологическую последовательность или какую-либо ее часть.

Чем больше семья расстроена или сердита, тем сильнее это указывает на кризис и нестабильность. Чем больше спокойствия и отстраненности со стороны семьи, тем ситуация стабильнее и тем труднее ее изменить.

Уделите достаточное внимание внутрисемейной иерархии: а) определите семейную проблему, подчеркивая, что это проблема всей семьи, а не ее представителя, обратившегося за помощью; б) определите, что сделала семья для преодоления проблемы, особенно выделяя, что не сработало в этом процессе; в) установите семейные цели с помощью самой семьи, так как то, что было бы хорошо для другой семьи, может не подойти для этой; г) разработайте терапевтическое вмешательство, призванное разрушить привычные стереотипы взаимодействия, которые и составляют проблему.

Четко определите задачи, которые необходимо выполнить, например:

- прервать патологическую последовательность жизненного цикла семьи;
- восстановить иерархию;
- помочь семье перейти на следующую стадию ее жизненного цикла;
- использовать симптом или предъявленную проблему в качестве рычага для решения более широких задач;
- побудить членов семьи вести себя по-новому, чтобы расширить их восприятие и представление и т. п.

Затем осуществите следующие действия.

1. Сфокусируйтесь на том, что действует, а не на том, что не срабатывает.
2. Подключите членов семьи к активному участию в разработке решения.
3. Определите задачи в конкретных, разрешимых терминах, а не абстрактно, как, например, «улучшить взаимоотношения».
4. Сфокусируйтесь на мелких изменениях поведения, чтобы семья сразу могла ощутить терапевтический успех.
5. Развивайте ресурсы членов семьи и их сильные стороны.
6. Нормализуйте предъявляемые жалобы, перемещая их в эволюционную перспективу.
7. Пользуйтесь языком изменений и возможностей: «Какие отношения вы хотели бы установить, когда эти конфликты прекратятся?»

Далее сформируйте адекватное семейное представление о том или ином аспекте семейной жизни. При этом могут выявиться ригидные неэффективные роли (Пессимист, Оптимист, Теоретик, Практик и т. д.), эгоцентризм и соперничество.

Каждую встречу делите на пять частей.

1. Вовлечение во взаимодействие всех участников,

объяснение им их функций и функций терапевта в предстоящей работе.

2. Обсуждение проблемы как общей, касающейся всех.

3. Взаимодействие: члены семьи обсуждают проблему между собой, а терапевт следит за открытостью дискуссии, чтобы раскрылись сила, контроль, иерархия.

4. Постановка конкретной цели работы (в поведенческих терминах).

5. Планирование следующей встречи и составление домашнего задания.

Широко применяйте семейные дискуссии – обсуждение членами семьи широкого круга проблем, касающихся жизни семьи и способов решения различных семейных вопросов. На начальном этапе семейной терапии участие в семейной дискуссии помогает поколебать устоявшиеся представления участников дискуссии, зародить сомнения в очевидности, универсальности своих убеждений.

Основные приемы, используемые при ведении семейной дискуссии: эффективное использование молчания, умение слушать, обучение с помощью вопросов, обобщение, резюмирование, раскрытие эмоциональных состояний членов семьи, столкновение с определенным мнением или даже членом семьи.

Введите, обсудите с семьей и закрепите на последующих встречах специальные правила ведения дискуссии:

● прежде чем возражать, подумайте, в чем может быть прав собеседник, и попробуйте развить это;

● цель дискуссии состоит в том, чтобы совместно найти истину, а не в том, чтобы доказать свою правоту или согласиться ради мира.

В стратегической семейной терапии основную методическую роль играют терапевтические вмешательства – ***директивы***, четко определяющие, что должны делать члены семьи как во время сессии, так и за ее рамками. Главное назначение директив – изменение тех способов, посредством которых члены семьи устанавливают отношения друг с другом и с терапевтом. Кроме того, директивы позволяют узнать реакцию участников терапии на инструкцию. Директивы повышают вашу включенность в жизнь семьи, вынуждают ее действовать, дают больше информации о структуре семьи и ускоряют процесс изменений.

Директивы направлены на то, чтобы воссоединить первоначально разобщенных членов семьи, содействовать

согласию между ними и доброжелательному настрою, усилить позитивный взаимообмен, помочь семье выработать более эффективные правила, лучше соблюдать границы между поколениями, давать больше автономии своим членам и поддерживать их в достижении индивидуальных целей.

Прежде чем давать директивы, мотивируйте членов семьи, чтобы они захотели следовать вашим указаниям. Будьте предельно точны в своих распоряжениях, чтобы они принесли именно тот эффект, на который вы рассчитываете. Когда вы предписываете семье определенную программу действий вне сессии, проведите предварительную репетицию с одним из членов семьи.

Директивы могут быть простыми и сложными. *Простые* директивы применяются с целью изменения последовательности взаимодействий в семье, *сложные* учитывают все многообразие семьи. Предписания могут касаться изменения места жительства, работы, организации досуга, ведения домашнего хозяйства, режима семьи, достаточно легко изменяемых привычек. Директивы делят на: а) указание членам семьи делать что-то; б) делать нечто иначе, чем раньше, в) не делать того, что они делали до этого. Последний вид директив нередко требует напоминаний индивиду со стороны других членов семьи, а также системы наград и наказаний, которые помогли бы ему удержаться от нежелательных действий.

Кроме того, директивы делятся на прямые – рассчитанные на готовность семьи к согласию с терапевтом, и парадоксальные – построенные с учетом сопротивления семьи.

Прямые директивы включают советы, разъяснения, предложения. Они ставят своей целью содействие коммуникативной открытости в семье, инструктирование родителей о способах контроля над детьми, помощь в распределении нагрузок и привилегий среди домочадцев, установление дисциплинарных правил, регулирование секретности и обеспечение семьи необходимой информацией. Чтобы облегчить семье выполнение прямых заданий, вначале обсудите все то, что она уже сделала для решения проблемы, и возможные негативные последствия для каждого члена семьи в случае, если проблему не удастся разрешить. Задания должны быть разумными и легко выполнимыми, соответствующими уровню функционирования членов семьи и четко сформулированными. При необходимости опирайтесь на свой опыт и авторитет.

Парадоксальные директивы позволят вам полностью принять внутрисемейные паттерны и присоединиться к ним.

Применяйте такую тактику, когда у семьи выражены нежелание сотрудничать и неспособность к выполнению прямых заданий, отсутствует положительная реакция на любые вмешательства, налицо ссоры и пререкания, взаимная дискредитация, сепарация и поляризация во взаимоотношениях ее членов. Используйте неповиновение семьи и следуйте логике сопротивления до тех пор, пока всех не охватит чувство абсурдности и пресыщения.

С помощью позитивного рефрейминга (переопределения значения) поведенческих паттернов вы сможете:

- раскрыть скрытые правила функционирования семейной системы;
- создать более позитивный климат в семье, уменьшить у членов семьи чувство вины и успокоить их, стимулируя клиентов рассматривать симптомы без опасения и продолжать их проявлять;
- нейтрализовать попытки клиентов контролировать терапевта и прочих значимых других;
- зарядить клиентов для новых действий – «двойная терапевтическая связь»: если клиент подчиняется предписаниям терапевта, то взаимодействует с ним, если противостоит им – объединяется с близкими;
- стимулировать как семью в целом, так и ее отдельных членов развивать новые перспективы.

Этапы использования парадоксальных директив:

1) формирование терапевтических отношений;
2) четкое определение проблемы;
3) постановка целей;
4) разработка плана;
5) дискредитация усилий по решению семейной проблемы;
6) использование парадоксальной директивы;
7) поощрение симптоматического поведения;
8) отрицание психотерапевтом своей роли в возникновении положительных изменений и взятие на себя ответственности за неудачу.

При построении парадоксальных предписаний:

- хотя вы и говорите, что семья не способна измениться, но с помощью интонации и выражения лица выражайте сочувствие, пожелание успеха, уверенность, что семья справится;
- позитивно определите симптом как поведение, мотивированное стремлением поддержать семейную стабильность; доходчиво объясните, какие выгоды приносит симптом;

● предпишите цикл взаимодействий, продуцирующих симптом; настаивайте на продолжении симптоматического поведения (выполнение задания теперь означает контроль терапевта над семьей, а семьи – над симптомом);

● сдерживайте семью, когда та начинает проявлять первые признаки изменения, ставя под сомнение готовность семьи отказаться от вторичной выгоды, приносимой симптомом.

Применяйте следующие технические приемы:

● дайте нейтральный ответ на возбужденную критику, когда собеседник ожидает от вас агрессии или защиты;

● разрешите клиентам поддерживать симптом как необходимую и желательную вещь;

● стимулируйте клиентов к тому, чтобы отложить принятие решения по особенно важным проблемам и таким образом остаться жить в кризисной ситуации;

● запретите клиентам делать то, что они и так не делали для избежания неприятностей;

● предскажите возвращение симптома;

● подчеркните значение симптома, рассматривая его серьезнее, чем представляет клиент в своих жалобах;

● защищайте причину симптома для его поддержания;

● переопределите симптом с негативного на позитивный;

● предпишите продолжение негативного поведения, но под контролем и при сотрудничестве с терапевтом;

● стимулируйте клиентов к тому, чтобы все больше проявлять свой симптом и делать это все изощреннее;

● вознаграждайте за проявление симптома;

● рассматривайте симптом как завидное качество, попросите клиента обучить вас этому симптому;

● провоцируйте клиента, связав его негативное поведение с поведением, которым он гордится: «как же ОН может ТАК поступать?»;

● выскажите сомнение в том, что клиент сможет выдержать нормальную ситуацию;

● выражайте сомнения в том, что клиент сможет измениться.

Уклоняясь от критической позиции, войдите в семейную систему как ее полноправный член. Одобряйте наблюдаемое в семье поведение и в некоторых случаях даже предписывайте его. При этом не выносите никаких суждений и не определяйте, кто хорош, а кто плох. Нейтральность и принятие определяют вашу позицию по отношению ко всем членам семьи. Члены семьи поочередно (по кругу) общаются через вас. При этом каждый член

семьи получит возможность высказаться, а вам удастся сохранить контроль над ходом дискуссии.

Каждый из родителей продолжает попытки вступить в коалицию с вами с целью определить наконец, что хорошо и что плохо в семейной системе. Отвечайте на этот маневр контрманевром, объявляя идентифицированного пациента подлинным лидером в семье, благородным и великодушным, добровольно пожертвовавшим собой во имя того, что он считает благом для семьи либо для одного или нескольких ее членов. Таким образом, симптомы идентифицированного пациента квалифицируются и одобряются как спонтанное поведение, вызванное его чуткостью и альтруизмом.

Родители, вступая в отношения с терапевтом, который постепенно заменяет родителей, немедленно начинают конкурировать не только между собой, но и с идентифицированным пациентом. Последний переходит из позиции родителя по отношению к своим родителям в позицию их брата или сестры и начинает отказываться от своих симптомов. Каждый из родителей усиливает свои попытки вступить в коалицию с вами и завоевать ваше более благожелательное отношение. Отказывайтесь отдавать предпочтение кому бы то ни было.

Родители в последней попытке побудить вас продолжать лечение усиливают конкурентную борьбу между собой. Отказывайтесь от родительской роли, которую до того момента принимали, и парадоксально приписывайте ее представителю или представителям младшего поколения. Поскольку эффект парадоксальных предписаний усиливается с течением времени, проводите сессии не чаще 1–2 раз в месяц, а попытки семьи ускорить встречу оценивайте как сопротивление и пресекайте. Ограничьте количество сессий десятью по принципу «сейчас или никогда!».

Коммуникативная семейная терапия

Коммуникативная терапия основана на четырех принципах:

1. Членам семьи надо говорить о своих мыслях и чувствах от первого лица.
2. Участникам терапии следует точно выражать свои чувства.
3. Вербальное и невербальное выражение чувств пациента должны совпадать.
4. Необходимо учитывать уровень понимания собеседника.

Цель терапии состоит в преобразовании семейной системы. Обучайте членов семьи опыту общения, когда они получают то, что хотят, используя три главные стратегии: а) разрушение запрограммированности, выработанной в прошлом; б) показ перспектив процесса (через достижение промежуточных состояний в системном процессе); в) трансформацию системы путем перепрограммирования. Перепрограммирование заключается в выявлении неадаптивных когнитивных схем и замене их на адаптивные.

Терапевтический процесс состоит из пяти этапов.

1. Коммуникативная диагностика семейной проблемы.
2. Включение терапевта в семейную коммуникацию.
3. Хаотическая реакция (неконтролируемая неадаптивная реакция), мотивирующая потребность в личностном росте.
4. Тренинг навыков адаптивного общения.
5. Этап новой семейной ситуации.

Последний этап внешне может быть сходным с первым, поэтому терапевтический цикл повторяется несколько раз, однако с каждым разом этап хаоса становится все короче и все менее противоречивым.

Первичное интервью. Спросите семью о проблеме. Узнайте у супругов, как они встретились, когда решили пожениться. Поинтересуйтесь сначала у жены, затем у мужа, какими они видели своих родителей, близких родственников, жизнь в родительской семье. Вернитесь к моменту встречи супругов, спросите о том, какие ожидания каждый из них связывал с браком. Вновь обратитесь к ним обоим с вопросами о послесвадебном периоде и о влиянии прошлого. Спросите у них как у родителей, какие ожидания супруги связывали с рождением детей, скажите о влиянии прошлого. Спросите у ребенка, какими он видит своих родителей, как он представляет себе их развлечения, ссоры. Обратитесь к семье как целому и убедите в

безопасности комментариев, подчеркните необходимость четкого обсуждения, завершите сессию, назначьте следующую встречу и обнадежьте.

Выясните, как партнеры принимают решения: заискивая? задираясь? наставляя? отстраняясь? делая вид, что им все безразлично? открыто обсуждают все варианты с учетом мнения каждого или нет? Выявите супружеские мифы: «Если ты меня любишь… а) я в порядке; б) ты догадаешься, что мне нужно; в) ты должен думать, чувствовать и действовать, как я».

Определите, кто находится в центре коммуникативного процесса, кто является звездами в семейной группе, кто изолирован, кто мешает коммуникативному процессу, кто его поддерживает. Чтобы разобраться в несогласованных, перепутанных взаимоотношениях в закрытой семье, составьте карту семьи, в которой отметьте связи в парах и треугольниках. Определите тип родительских масок: Начальник (три варианта: Миротворец, Обвинитель, Расчетливый), Безответственный потакающий приятель и др. Проследите хронологию семейных кризисов, выясните способы их разрешения. Наконец, выявите влияние моделей родительских семей.

Этап тренинга навыков адаптивного общения является основным. На этом этапе применяйте проясняющие вопросы, корригирующие замечания, обучающие техники, используйте «семейную скульптуру». Тренируйте следующие коммуникативные навыки.

Навыки слушания

- Внимательное слушание и наблюдение, пока другой говорит.
- Индикатором сообщения является чувство; отсутствие вербального или невербального перефразирования сообщения указывает на то, что сообщение другого услышано.
- Парафраз – умение показать, что понял сообщение собеседника путем пересказывания этого сообщения другими словами.
- Контроль над выражением другого или вопросы для прояснения сообщения.
- Внимание к эмоциональной и содержательной сторонам сообщения.
- Ценность собеседника, сообщения и себя – рассмотрение этих компонентов как важных и ценных даже при разногласиях.

Навыки отправления сообщения

- Ответственность за коммуникацию – говорить от себя, без

ссылки на авторитет.

● Специфичность – собственные интерпретации опираются на конкретные факты, а не обобщения о других людях.

● Открытое и ясное выражение мыслей.

● Открытое и ясное выражение чувств.

● Открытое и ясное выражение намерений и желаний.

● Адекватный отчет членам семьи о своих мыслях, чувствах и намерениях.

● Согласованность вербальных и невербальных компонентов сообщения.

● Наличие спонтанности в беседе.

● Обеспечение обратной связи, в том числе о поведении других.

● Мета-общение – супруги обсуждают характер своей коммуникации.

● Восприимчивость к обратной связи – встречная информация от других воспринимается как раскрытие, обратная связь.

Параметры сплочения семьи

● Симпатия – возрастание у членов семьи эмоционального влечения друг к другу.

● Дифференциация – возрастание у членов семьи самостоятельности и ответственности.

● Зрелая зависимость – возрастание у членов семьи способности позволять другим членам семьи заботиться о них, то есть не бояться, когда это необходимо, зависимости.

● Поддержка – рост вербальной и невербальной заботы об эмоциональных потребностях друг друга.

● Преданность – возрастание у членов семьи способности брать ответственность за защиту благополучия других членов семьи и самой семьи как целого.

● Психологическая безопасность – увеличение у каждого члена семьи способности к соблюдению соглашений и обязательств.

● Надежность – возрастание у членов семьи способностей к соблюдению соглашений и обязательств.

● Семейная идентификация – возрастание у членов семьи чувства общности.

● Оказание физической помощи – возрастание у членов семьи готовности содействия и оказания помощи другому в случае необходимости.

● Приятное взаимодействие – возрастание количества веселых и приятных взаимодействий между членами семьи.

Параметры семейной адаптации

● Гибкость – увеличение у членов семьи способности генерировать новые идеи и изменять образцы поведения и взаимодействия в новых ситуациях.

● Лидерство – рост демократического стиля руководства.

● Настойчивость – увеличение взаимной настойчивости у членов семьи как оппозиция агрессивности или пассивному взаимодействию.

● Преодоление – рост успешного преодоления различий, существующих в разных сферах семейного функционирования.

● Правила – члены семьи изменяют правила своего функционирования (формы поведения и ожидания) при изменении потребностей членов семьи.

● Роли – изменение или модификация ролевой структуры при изменении потребностей членов семьи.

● Получение и использование обратной связи – рост способности к получению и использованию как положительной, так и отрицательной обратной связи, как от других членов семьи, так и от менее близкого окружения.

Заключительная стадия работы состоит в закреплении достигнутых изменений, при этом для членов семьи важно определить и идентифицировать эти изменения, оценить свои новые возможности и представить, как они будут использовать их в будущем. В это время терапевт отсоединяется от семьи.

Опытная семейная терапия

Цели терапии

1. Усиление межличностного напряжения.
2. Развитие семейной сплоченности.
3. Расширение контактов семьи с родственниками.
4. Расширение связей семьи с культурой и окружающими людьми.
5. Установление границ семьи.
6. Установление границ между разными поколениями.
7. Обучение навыкам игры.
8. Развитие цикла «отделение – присоединение».
9. Разрушение мифа об индивидуальной личности.
10. Аутоидентификация (самоопределение) членов семьи.

Особое внимание во время сессии уделяется опыту переживаний как членов семьи, так и терапевта. Задавайте себе следующие вопросы:

- Каков мой собственный уровень тревоги?
- Осознаю ли я происходящее во мне самом во время беседы с членами семьи?
- Испытываю ли какие-либо физические ощущения, мышечное напряжение, начинающуюся эрекцию, отчуждение чувств?
- Замечаю ли изменение позы, манеры поведения, выражения лица, интонации голоса, отмечаю ли употребление слов с метафорическим значением?

Необходимо осознавать и признаваться, что вы воспринимаете происходящее на сессии через призму собственного семейного опыта. Надо самому быть искренним, спонтанным и открытым, чтобы ждать таких же проявлений от членов семьи.

Чтобы создать необходимый для терапии контекст, терапевту необходимо:

- требовать привести на встречу как можно больше человек;
- самому определять время и место встречи;
- отказываться воплощать фантазии семьи о всемогуществе терапевта;
- поочередно присоединяться и отделяться от семьи;
- делиться собственным семейным опытом;
- провоцировать образование новых треугольников и подгрупп в семье;

● поддерживать проявления сплоченности семьи;
● справляться с отколовшимися подгруппами;
● бережно относиться к культуральным ценностям семьи;
● быть готовым самому и подготовить семью к расставанию.

Процесс лечения включает в себя четыре фазы: начальную, среднюю, завершающую и прощальную. Лечение начинается с первого контакта – обычно телефонного, когда семья принимает первые три из перечисленных выше условий.

На первой сессии старайтесь обнаружить подгруппы внутри семьи и выявить паттерны их взаимодействий. Выиграв сражение за структуру, начинайте битву за инициативу. Победа в данном случае заключается в отказе принимать решения за семью.

На ранней стадии дети часто выступают в роли котерапевтов, играя роль родителей своих родителей. Открыто делитесь своими чувствами, которые вызывает у вас семья, и ассоциациями из собственной семейной жизни. Если вы работаете в паре с котерапевтом, не скрывайте своих сомнений и разногласий, что вызывает у семьи тревогу и желание ослабить терапевтическую пару, разделив ее, – хороший повод для вас с котерапевтом продемонстрировать свою сплоченность.

В средней фазе имеется две опасности: быть поглощенным семьей или отстраненным от нее. Вы с котерапевтом можете отделяться друг от друга и присоединяться на время к семье или ее члену, чтобы семья была вынуждена осуществлять изменение в отношениях с этой новой суперсистемой.

Используйте специфические техники:

● переопределяйте симптом (например, как защита семьи от худшего зла);

● предлагайте фантастические альтернативы (например, детально обсудите с пациенткой личную жизнь мужа после ее суицида);

● усильте отчаяние члена семьи – до такой степени, что семья объединяется вокруг него;

● организуйте семейную революцию (укрепите нарождающуюся коалицию для защиты ее участников от других членов семьи);

● совершите эмоциональный прыжок (свободно проявите накопившиеся у вас чувства с использованием прикосновений, сарказма и вульгаризмов).

Завершающая стадия характеризуется сплочением семьи, подвижностью подгрупп и гибкостью треугольников. Заметно влияние семьи на своих членов и ненужность терапевтов. Фаза

прощания проходит легко, если семья сформировала конструктивного лидера. В противном случае возникает страх расставания, который семья обычно ослабляет, обесценивая терапевта. В таком случае следует поделиться опасениями зависимости семьи при продолжении лечения, своей печалью по поводу предстоящей разлуки и надеждой на интересную работу с новой семьей.

Интегративный подход

При данном подходе тактика терапии зависит от особенностей семьи, специфики ее проблемы, условий работы. Например, в период знакомства с семьей, члены которой отличаются авторитарностью и ригидностью взаимоотношений, возможен недирективный стиль; в момент постановки определенных задач используйте директивный стиль; вызванную перестройкой взаимоотношений фрустрацию преодолевайте вновь с помощью недирективного стиля; реакция на рецидивы неблагоприятных отношений в семье может потребовать директивности.

На первом этапе (ликвидации семейного конфликта) в ходе индивидуальных встреч с пациентом и его семьей установите терапевтический контакт с каждым членом семьи, вовлеченным в конфликт, и выявите его истоки. Помогите членам семьи выработать общепонятный язык, возьмите на себя роль посредника и передайте в согласованном объеме информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. Обеспечьте эмоциональное отреагирование участников.

Инициатор обращения предъявляет, как правило, манипулятивный запрос[87], позволяющий инициатору обращения дистанцироваться от бессознательного или осознаваемого чувства вины, снять с себя ответственность за происходящее в семье и перенести ее на ребенка и психотерапевта. С помощью приемов мета-моделирования и психотерапевтических метафор переведите запрос с поверхностного манипулятивного уровня на уровень осознания матерью и отцом своей неэффективности в роли родителей и супругов.

Исследуйте ресурсные состояния семьи как системы и отдельных ее членов: «Был ли в вашей жизни момент, когда вы вместе чувствовали себя комфортно? Как вы этого добивались?» Экскурсы в прошлое осуществляются лишь для поиска ресурсных состояний членов семьи. Формулирование целей каждого члена семьи приводит к формулированию цели семьи как единого психологического механизма. Выявите когнитивные сценарии, сформулируйте цели терапии и оговорите сроки лечения.

На этой стадии применяйте недирективную терапию[88], нацеленную в основном на вербализацию неосознаваемых отношений членов семьи, установление контактов и влияние через механизмы семейной иерархии.

Для присоединения к семье и предъявляемой структуре ролей:

- установите конструктивную дистанцию – свободное расположение членов семьи;
- присоединитесь через синхронизацию дыхания к тому члену семьи, который заявляет проблемы;
- используйте приемы подражания – прямое и непрямое отражение поз, мимики и жестов участников;
- присоединяйтесь к заявителю проблемы и к выделенному пациенту по скорости, громкости и интонации речи;
- используйте в своей речи предикаты, отражающие доминирующие репрезентативные системы членов семьи;
- сохраняйте ту структуру семейных ролей, которую демонстрирует семья.

Второй этап (реконструкции семейных отношений) посвятите групповому обсуждению актуальных семейных проблем либо в отдельно взятой семье, либо в параллельных группах пациентов со сходными проблемами и их родственников. В этих же группах проведите ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора. Применяйте приемы групповой терапии: сбалансированность в исследовании негативного и позитивного опыта, использование двухуровневой обратной связи, психоскульптуру, семейную психодраму.

Способствуйте установлению границ между подсистемами, усилению функционирования одних и связанному с этим ослаблению функционирования других. Для повышения эффективности и компетентности обратившихся как супругов и как родителей разделяйте супружеский и родительский контекст. Научите прародителей распознавать границы своей подсистемы, качества ее функционирования и мотивы, по которым они несогласованно пересекали внутренние границы.

На ***третьем, поддерживающем этапе*** в семейных естественных условиях закрепите навыки эмпатического общения и возросший диапазон ролевого поведения, приобретенные на предыдущих этапах. Заслушивайте отчеты о динамике внутрисемейных отношений, консультируйте и корригируйте приобретенные навыки общения применительно к реальной жизни семьи.

Четвертый этап – завершение психотерапии и отсоединение. Соблюдайте оговоренный срок лечения. О завершении психотерапии свидетельствует достижение сформулированных целей. Проведите экологическую проверку с помощью процедуры «Совместное рисование семейного счастья».

Упражнения

Планирование терапии

Члены семьи отвечают на вопросы, необходимые для заключения терапевтического договора.

Жизненный цикл семьи

● На каком этапе жизненного цикла находится семья?

● Испытывает ли семья трудности на этом этапе?

● Насколько успешно семья прошла предыдущие этапы? Оказывают ли влияние нерешенные вопросы из прошлого на прохождение нынешнего этапа жизненного цикла?

● На каком этапе жизненного цикла находится терапевт по сравнению с семьей? Существуют ли потенциальные проблемы в процессе установления соглашения с семьей из-за различий или сходства этапов жизненного цикла терапевта и семьи?

Культурные стереотипы

● Оказывают ли влияние на семейные проблемы этнические и гендерные стереотипы? Какое?

● В чем сходство и различие этнической принадлежности и гендерной роли членов семьи и терапевта?

● Какие проблемы в связи с этим возможны в процессе установления терапевтического договора?

● Кто из членов семьи противопоставит свои культурные позиции терапевту и каким образом?

Родная семья терапевта

● Какие аспекты родной семьи терапевта могут повлиять на терапевтический процесс?

● Какие аспекты обратившейся семьи знакомы терапевту по личному опыту, а какие нет?

● Какие аспекты обратившейся семьи вызывают эмоциональную реакцию у терапевта? Помогут они терапии или помешают?

Терапевтические границы

● Какие границы надо установить с семьей?

● Какие существенные для терапии границы рано обсуждать с семьей, а какие границы более гибки?

● Как семья будет нарушать установленные границы?

● Какой будет реакция терапевта?

Использование терапевтом своего «Я»:

● Есть ли у меня что-нибудь общее с семьей?

● Как я буду реагировать на вопросы личного характера?

● Какие эмоции появляются при работе с этой семьей?

● Если я поделюсь своими чувствами к семье, это облегчит или затормозит терапевтический процесс? Когда мне следует делиться чувствами?

Формирование правил общения

Терапевт вмешивается в семейную дискуссию: а) поощряя активное выслушивание; б) прося членов семьи перефразировать услышанное; в) предлагая начинать послания словом «Я» и превращать вопросы в утверждения; г) не позволяя перебивать говорящего и высказывать обвинения.

«Сцены из семейной жизни»

Водящий выходит за дверь, а семья выстраивает живую скульптуру, изображающую сцену из семейной жизни. Водящий в течение 30 секунд осматривает скульптуру и вновь покидает помещение. В скульптуре меняют роли, расположения действующих лиц, позиции, мимику и жесты. Водящий вновь заходит и восстанавливает первоначальную скульптуру.

«Семейное путешествие»

Каждый член семьи пишет на отдельном листочке, как он в идеале провел бы выходные по принципу «все включено!». Однако это осуществимо только если семья проведет выходные вместе, о чем участники и пытаются договориться.

Вариант: семья может взять с собой для 10-дневного отдыха на необитаемом острове 10 предметов. Каждый может взять 3 предмета для себя и 7 – для других. На поиск согласия дается 10 минут. При обсуждении результатов интересно выяснить выбор предметов, готовность к компромиссам, а главное – осталось ли желание поехать вместе.

Разыгрывание семейных конфликтов

Четыре участника распределяют роли: Обвиняющего, Наставляющего, Избегающего и Умиротворяющего. Они разыгрывают семейный конфликт, каждые 5 минут меняясь

ролями, пока каждый не попробует все четыре типа манипуляций. Участники обсуждают, кому какая роль далась легче всего, а какая – трудней. Каждый в течение 2 минут играет свою самую легкую роль и затем, также в течение 2 минут, – самую сложную.

«Чей это портрет?»

Члены семьи рисуют абстрактно-символические или метафорические портреты друг друга, перемешивают их и затем пытаются определить, кто на каком рисунке изображен. Затем обсуждается, насколько удачно были определены прототипы.

Поочередное рисование

Первый член семьи рисует в течение 2 минут, затем передает другому и т. д. – до тех пор, пока рисунок по кругу не вернется к началу. Обсуждается, кому что понравилось в получившемся рисунке и что не понравилось.

«Мозговой штурм»

Семья делится на две подгруппы, каждая из которых должна в течение определенного времени привести как можно больше аргументов в пользу тезиса «Заботясь о себе, мы заботимся обо всей семье». Во время общего обсуждения выясняются ведущие тенденции.

«История конфликта»

Одна половина семьи рисует историю возникновения конфликта и передает рисунок другой половине, которая пытается определить содержание рисунка, роли отдельных участников и их позиции в конфликте.

«Развить замысел»

Одна половина семьи начинает рисовать свою композицию, а затем передает ее для продолжения другой. Затем обсуждается, насколько удачно вторая половина развила замысел первой.

Подарки

Исполнение желаний с угадыванием «запроса» участника.

Подарки дарят молча по кругу так, чтобы партнер мог угадать, что он получил. Когда круг завершится, выясняют, начиная с последнего игрока, насколько совпали представления получателей с тем, что им дарили, и насколько им нравятся эти подарки.

«Возмещение ущерба»

Половина семьи создает свой рисунок и передает его другой, которая пытается представить его в ироническом виде и затем возвращает рисунок первой половине. Во время общего обсуждения насмешникам предстоит искупать вину.

«Скульптура семьи»

Скульптор выбирает из присутствующих тех, кто напоминает ему членов его семьи, в которой он рос. Он усаживает семью за обеденный стол или размещает в определенных позах для разыгрывания какой-то ключевой ситуации. Расстояние между членами семьи символизирует близость их отношений. Каждому дается краткая информация о его прототипе и реплика, отражающая характер персонажа. Затем Скульптор превращается в члена семьи и занимает в ней собственное место. Все несколько минут вживаются в свои роли и потом отвечают на следующие вопросы.

Скульптор: «Как я назову это произведение?»

Каждый член семьи: «Как я чувствую себя на этом месте среди своих родственников?»

Вся семья: «Удивила ли нас эта скульптура?»

Каждый член семьи: «Знал ли я раньше, что скульптор воспринимает меня таким образом?»

Вся семья: «Согласны ли мы с тем, что наша семья функционирует именно так, как изображено в скульптуре?»

Скульптор и/или семья: «Какие изменения в жизни семьи мы хотели бы видеть?»

После этого скульптор создает идеальную семью.

Самооценка терапевта

Оцените свою работу по следующим критериям:

● Рассказывали ли вы на первой сессии о себе, объясняли ли семье особенности терапевтической ситуации, сообщали ли, какие вопросы будете задавать?

● Уделяли ли вы внимание сбору информации о целях

клиентов, их способностях, внутренних ресурсах и помогали ли клиентам найти и применить их?

● Ориентировались ли вы на будущее, а не на прошлое?

● Придавали ли вы мало значения психологическим диагнозам и тестам?

● Собирали ли вы информацию о других значимых людях, не присутствующих на сеансе?

● Интересовались ли вы другими социальными учреждениями, с которыми может быть связана семья?

● Стремились ли вы к тому, чтобы вовлечь всех членов семьи в терапевтическое взаимодействие?

● Принимали ли вы активное участие в терапевтическом сеансе, не ограничиваясь простым слушанием?

● Избегали ли вы чрезмерного личного участия, в то же время не допуская чрезмерного профессионализма и отстраненности?

● Избегали ли вы преследования своих личных интересов, не связанных с проблемами семьи?

● Оставались ли вы в позиции начинающего специалиста, выражая свое незнание, когда это уместно?

● Избегали ли вы морализирования и снисходительного тона, чтобы семье было легче откровенно рассказать о своих проблемах?

● Избегали ли вы предлагать решения, прежде чем проясните проблему?

● Избегали ли вы давать клиентам советы и учить их «инсайту» – проникновению в сущность проблемы?

● Избегали ли вы постоянных коалиций с одним членом семьи против другого или с одной фракцией против другой (например, с ребенком против родителей)?

● Демонстрировали ли вы широкий диапазон поведения – от поддержки до конфронтации?

● Понимали ли вы, когда следует побудить семью к проявлению разногласий, а когда – успокоить?

● Проявляли ли вы способность выносить неприятные темы или сильные эмоции клиентов?

● Побуждали ли вы членов семьи к изменению? Создавали ли вы у них ощущение надежды и готовность приложить усилия?

● Максимально ли вы использовали ресурсы семьи, все меньше опираясь на собственные возможности?

● Проявляли ли вы достаточную гибкость, чтобы перейти к другому подходу, если предыдущий не получался?

Расстройства личности

Общие диагностические критерии.

1. Внутренние переживания и поведение индивидуума в целом существенно и постоянно отклоняются от культурально-принятого диапазона. Такое отклонение должно проявляться более чем в одной из следующих сфер: когнитивная, эмоциональная, коммуникативная, самоконтроль.

2. Недостаточная адаптивность или другие дисфункциональные особенности обнаруживаются в широком диапазоне личностных и социальных ситуаций.

3. В связи с поведением, отмеченным в пункте 2, отмечается личностный дистресс (двойной стресс) или неблагоприятное воздействие на социальное окружение.

4. Отклонение является стабильным и длительным, начинаясь в старшем детском или подростковом возрасте.

5. Отклонение не может быть объяснено как проявление или последствие других психических расстройств зрелого возраста, а также органического поражения мозга.

В психотерапии учитывайте следующие закономерности. Такие пациенты полностью идентифицируются со своими отклоняющимися поведенческими стереотипами, поэтому мотивацию для их анализа и коррегирования нужно создавать в процессе терапии. Вначале контейнируйте сообщения пациента, обогащая их собственными ассоциациями. Действуйте избирательно, учитывая, что может воспринять пациент. При этом подчеркивайте свою отдельность как личность и готовность быть объектом для коммуникативных экспериментов, которые пациенту по прежнему опыту представляются опасными. Одновременно будьте образцом вербализации коммуникативных переживаний. Сталкивайте пациента с обезличенными объектными отношениями и присущим ему дефицитом компенсаторных попыток посредством отвечающего воздействия, принятия функции дублера и работы с аффектами[89].

Технику ответа применяйте во время прерывания диалога, при этом спрашивайте себя:

● Какие аффекты, ассоциации и фантазии вызывает у меня пациент?

● На какой вид объектных отношений, который пациент переносит на меня, замыкаются мои аффекты?

● Как иначе, под влиянием каких защитных реакций пациент бессознательно моделирует свое Эго, чтобы поддерживать и

стабилизировать этот вид объектных отношений?

● Как я могу аутентично (хотя и избирательно-экспрессивно) реагировать на такое отношение пациента?

● Какие из моих аффектов, отвечающих на поведение пациента, могут быть терапевтически полезны?

● Каковы границы терпимости пациента к разочарованию, обиде, близости и дистанции в актуальной ситуации и при ожидании предполагаемого им «ответа»?

Перенос у патологических личностей проявляется в примитивной форме очень быстро и в соответствии с их неадаптивными стереотипами объектных отношений. В роли дублера выполняйте вспомогательные функции Эго и Суперэго. Обращайте внимание на дефициты, имеющиеся в структуре Эго и Суперэго и приводящие к использованию наблюдаемых образцов взаимодействия, и используйте терапевтическое вмешательство, чтобы дать толчок к развитию функций. Постепенно из роли вспомогательного «Я» переходите в позицию автономной и равной личности.

Некоторые пациенты с нарушенным образом «Я» затрудняются в идентификации разных чувств. Жалобы пациента на скуку и утрату яркости переживаний порой воспринимаются терапевтом как сопротивление или проявление депрессии, на самом деле они могут являться результатом дисгармонии развития. Управляйте аффектами пациента с помощью идентификации и интерпретации контекста; объясняйте, что привело к их возникновению. Выявляйте дезадаптивные установки, из-за которых нарушаются границы переносимости и терпимости. Обращайте внимание на деструктивные процессы, призывайте к управлению импульсами и к их нейтрализации и тем самым стимулируйте пациентов к усвоению образцов плодотворных отношений и взаимодействий.

Психодинамическая терапия, проводимая с шизоидными, пограничными и нарциссическими пациентами, особенно трудна и специфична. Длительный курс терапии без продолжительных перерывов между сессиями, неформальная, доверительная атмосфера позволяют пациентам почувствовать столь необходимую им заботу и нежность. Подобная атмосфера поддержит их потом в моменты преодоления фрустрации, играющей существенную роль в данном подходе.

Параноидное расстройство личности

Для постановки диагноза необходимо наличие не менее четырех из следующих характеристик.

1. Чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам.

2. Постоянное недовольство другими людьми, склонность не прощать оскорбления, пренебрежительное отношение к окружающим.

3. Подозрительность и стойкая тенденция к искажению пережитого, когда нейтральное или дружественное отношение других неверно истолковывается как враждебное или пренебрежительное.

4. Бранчливость, сварливость, неуживчивость и стойкое, неадекватное ситуации отстаивание собственных прав.

5. Частые неоправданные подозрения в неверности супружеских или сексуальных партнеров.

6. Повышенная оценка собственной значимости с тенденцией относить происходящее на свой счет.

7. Частые необоснованные мысли о заговорах, субъективно объясняющих события в близком или широком социальном окружении.

У пациентов могут развиваться стойкие сверхценные или бредовые идеи интерпретативного характера, не выходящие за рамки психотравмирующей ситуации, но ложно истолковывающие ее. По содержанию это могут быть идеи ревности, спасательства, изобретательства, ипохондрические. Они часто сопровождаются сутяжными тенденциями. В ситуациях, не связанных с бредом, сохраняется адекватное поведение, что может вводить окружающих в заблуждение по поводу психического здоровья индивида.

Поддерживающая индивидуальная психотерапия включает открытость, постоянство, поддержку конструктивных сторон личности, акцент на реальности.

Работая с таким пациентом, проявите к нему уважительное и подчеркнуто профессиональное отношение, исключите юмор в общении и попытки интерпретировать личностные защиты. Проведите когнитивно-поведенческую терапию, направленную на совершенствование навыков проблемно-решающего поведения.

Когнитивные мишени:

- я – благородный, благочестивый, невинный, уязвимый;
- они – вмешивающиеся, злобные, дискриминирующие, склонные к злоупотреблению;

- мотивы людей вызывают подозрения, будь начеку, не доверяй;
- основная стратегия – настороженность, поиск скрытых мотивов, обвинения, контратака.

Шизоидное расстройство личности

Данное расстройство диагностируется при наличии не менее четырех из следующих характеристик.

1. Немногие виды деятельности доставляют радость.
2. Эмоциональная холодность, дистанцированность или уплощенный аффект.
3. Снижена способность к выражению теплых, нежных чувств или гнева к окружающим.
4. Внешнее безразличие к похвале и критике.
5. Сниженный интерес к сексуальному опыту с другими людьми (с учетом возраста).
6. Постоянное предпочтение уединенной деятельности.
7. Чрезмерная углубленность в фантазирование и интроспекцию.
8. Отсутствие близких друзей (в лучшем случае не более одного) или доверительных отношений и нежелание их иметь.
9. Явно недостаточный учет социальных норм и требований, частые ненамеренные отступления от них.

Когнитивную терапию фокусируйте на следующих терапевтических мишенях:

- я – самодостаточный, одиночка;
- другие – назойливые;
- мне не нужны другие люди;
- взаимоотношения с людьми беспорядочны и нежелательны;
- единственное спасение в дистанцировании.

Групповую терапию направьте на постепенное расширение и углубление эмоциональных контактов, используйте терапию средой. Групп-анализ шизоидных пациентов имеет больше шансов на успех, когда личностные расстройства сформированы преимущественно под влиянием среды. Эти пациенты отличаются амбивалентным стремлением к изоляции и контакту и нередко – магическими терапевтическими установками. Перед включением в аналитическую группу желательна предварительная индивидуальная психотерапия, групповой тренинг навыков избегающего и справляющегося поведения, направленного на избегание или сопротивление ситуациям, вызывающим у индивида тревогу, а также тренинг социальных навыков.

В процессе групп-анализа поддерживайте позитивную мотивацию на личностное изменение через инсайт и новые

переживания. Избегающее поведение интерпретируйте в терминах пережитых психических травм и лишений. Полезна параллельная индивидуальная аналитическая и телесно-ориентированная терапия по Александеру[90] (2009).

Показана поддерживающая психотерапия, направленная на восстановление первичного доверия, развитие объектных отношений и установление реалистических отношений с окружающим миром. Необходимы идентификация эмоций и осознавание своих чувств, подчеркнуто заботливое, теплое отношение терапевта.

При работе с таким пациентом контакт устанавливайте осторожно, иначе он вновь уйдет в себя. Будьте готовы к негативному контрпереносу как реакции на сверхчувствительность пациента к вашим слабым местам.

Антисоциальное расстройство личности, социопатия

Диагностика расстройства требует соответствия не менее чем трем из следующих критериев.

1. Бессердечное равнодушие к чувствам других, неспособность к эмпатии.
2. Отчетливая и стойкая безответственность и пренебрежение социальными нормами, правилами и обязанностями.
3. Неспособность к поддерживанию устойчивых отношений при отсутствии затруднений в их установлении.
4. Крайне низкая выносливость к фрустрации и низкий порог агрессивного, в том числе насильственного поведения.
5. Отсутствие осознания своей вины или неспособность извлекать уроки из негативного жизненного опыта, в особенности наказания.
6. Выраженная склонность обвинять окружающих или предлагать благовидные объяснения поведению, приводящему к конфликту с обществом.
7. Постоянная раздражительность.

Обращают на себя внимание множественные татуировки, повреждения или рубцы, вкрадчивый стиль общения, ссылки на тюремный опыт во время беседы или использование тюремного жаргона.

Определенный результат может дать поведенческая терапия (например, под угрозой юридического осуждения, наказания), терапия алкоголизма и наркомании, длительная госпитализация. Терапия, которая обычно включает длительное, повторное установление допустимых границ, часто осложняется тем, что «спасительные», наилучшие побуждения постоянно избавляют этих людей от трудностей и позволяют им вернуться на свой антисоциальный путь. Предупредите пациента, что не сможете соблюдать конфиденциальность, когда он угрожает причинить вред себе или окружающим, делится планами по совершению преступления, сообщает о физическом насилии над ребенком или пожилым человеком или оставляет их в беспомощном состоянии.

В ***терапии*** придерживайтесь неосуждающей позиции и объективно помогите пациенту осознать издержки его поведения, сформируйте у него ответственность за причинение ущерба людям. Корригируйте следующие неадаптивные установки:

- я – одиночка, независимый, сильный;

● другие – уязвимые, эксплуатирующие, подчиненные;
● другие – это лохи и слизняки;
● они занимаются эксплуатацией;
● так как я особенный, я заслуживаю особых правил;
● я стою над правилами;
● основные стратегии поведения – нападение, грабеж, обман, манипуляция, использование других, нарушение правил.

Пассивно-агрессивное расстройство личности

Часты жалобы на непонимание или недооценку окружающими, угрюмость, презрение к авторитетам, выраженная зависть или злоба к тому, кто более удачлив. Отмечается склонность к преувеличению своих неприятностей и постоянные жалобы на свои несчастья, чередование непокорности и раскаяния. Имеется постоянная установка к скрытому саботажу, при этом открытое проявление агрессии не допускается. Характерно стремление к постоянным спорам и возражениям. Пациентам трудно угодить, поскольку они говорят о своих желаниях намеками и чаще в форме запоздалых упреков, что их не угадали. Негативные реакции окружающих замыкают порочный круг. На высоте переживаний пациенты могут прибегать к суицидным угрозам, но реализуют их редко. Когда их скрытая агрессия теряет свое оправдание – например, в случае успеха в работе, – они теряются и испытывают выраженную тревогу.

Основные ***психодинамические факторы*** – конфликты, связанные с авторитетом, подчинением и неповиновением, с самостоятельностью и зависимостью, страх перед агрессией. Ведущую роль играет перенос, когда угрожающая фигура ассоциируется с агрессивным родителем и идентифицируется с агрессором во время приступа ярости. Пациент выводит свою агрессию вовне и таким образом защищает себя дважды: во-первых, удалением изнутри себя разрушительной энергии и, во-вторых, уничтожая чужую агрессивность, способную уничтожить извне его самого.

Создайте ***жесткие условия терапии***. Научите пациента противостоять фрустрации и верить в собственные силы, распознавать первые признаки появляющегося раздражения и выражать его в приемлемых формах. Выраженное сопротивление терапии преодолевайте с помощью парадоксальных предписаний, когда пациенту предлагают делать противоположное тому, чего от него добиваются. На суицидные угрозы реагируйте не как на депрессивную реакцию по поводу утраты любви, а как на скрытую агрессию.

Проведите социально-психологический и ассертивный тренинг (тренинг уверенности и самоутверждения). В терапевтической группе будьте готовы к нападению пациента на других участников. Когнитивную терапию направьте на осознание

больным социальных последствий его неадаптивного поведения. Корригируйте следующие неадаптивные установки:

- я некомпетентный, но самодостаточный, уязвим к контролю и вмешательству;
- другие – назойливые, требующие, вмешивающиеся, контролирующие, доминирующие;
- они ограничивают мою свободу действий;
- контроль со стороны других нетерпим;
- я должен делать все по-своему;
- необходимо пассивное сопротивление, поверхностное подчинение, избегание правил, уклонение от следования им.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности

Импульсивный подтип характеризуется приступообразной утратой контроля над побуждениями. Состояние должно соответствовать не менее чем трем из приведенных ниже критериев и обязательно включать первый.

1. Отчетливая тенденция к ссорам и конфликтам с другими.
2. Отчетливая тенденция к неожиданным поступкам без учета их последствий.
3. Склонность к вспышкам ярости или насилия с неспособностью контролировать подобное поведение; трудности в сохранении линии поведения, которое не подкрепляется непосредственным удовлетворением.
4. Лабильное непредсказуемое настроение[91].

Биография пациентов отличается частыми увольнениями, разводами, правонарушениями. Провоцирующими ситуациями для вспышек агрессии обычно служат ситуации или поведение партнеров, ассоциирующиеся с травмирующими ситуациями детства. Особенно резко больные реагируют на попытки окружающих противодействовать импульсивным действиям или осуждать их. Преобладают мужчины, многие из них пребывают в исправительных заведениях, тогда как женщин можно чаще встретить в психиатрических учреждениях.

При работе с такими пациентами не стоит носить серьги, ожерелья или другие украшения. Удалите из кабинета все тяжелые или острые предметы. Если пациент угрожает физическим насилием, продемонстрируйте испуг; это может удовлетворить и успокоить пациента. Также полезна идентификация эмоции в форме вопроса (например, «Кажется, вы сильно расстроены?»). Поговорите с пациентом, узнайте, что именно привело к такому состоянию. Если агрессивное поведение продолжается, скажите пациенту, что вы собираетесь позвать на помощь, – и сделайте это немедленно или покиньте кабинет и примите меры по обеспечению своей безопасности и безопасности окружающих. Если пациент убегает, не бегите за ним. Если у него есть оружие, не пытайтесь его отобрать; вовлеките пациента в беседу и убедите его положить оружие в нейтральное место.

Научите пациента противостоять фрустрации, верить в собственные силы. Подчеркните, какой ущерб он наносит себе вспышками ярости. Посоветуйте ему уходить от людей, когда он

чувствует, что взорвется. Расслабляться помогают гипнотические сеансы у психотерапевта, аутогенная тренировка, физический труд, интенсивный спорт, дрессировка собаки, охота. Но только не алкоголь, так как он отключает «тормоза», и вспышка ярости может плохо закончиться. Социальные последствия агрессивного поведения могут быть сглажены семейной и групповой терапией.

Пограничное расстройство личности (borderline). Диагностика расстройства требует соответствия по меньшей мере трем критериям импульсивного типа и дополнительно еще двум или более из приведенных ниже.

1. Нарушения и неуверенность в восприятии себя, своих целей и внутренних предпочтений (включая сексуальные).
2. Склонность к установлению интенсивных, но нестабильных отношений с окружающими, часто с последствиями в виде эмоциональных кризисов.
3. Преувеличенные усилия избежать состояния покинутости, одиночества.
4. Повторные элементы саморазрушающего поведения или угрозы его.
5. Стойкое чувство внутренней пустоты.

Пациенты принимают условия терапии, но не соблюдают их. Они пропускают запланированные посещения, но в то же время требуют немедленного внимания или звонят психотерапевту и часами обсуждают новые проблемы. Одну минуту может казаться, что они находятся в хороших взаимоотношениях со своим психотерапевтом, но в следующий момент они становятся гневными, враждебными и критичными. Неудивительно, что подобное поведение вызывает у психотерапевта гнев, раздражение, смущение, чувство безнадежности и беспомощности. В результате психотерапевт считает причиной неудачного лечения мотивацию пациента и обвиняет его в отсутствии улучшения. Он спорит с пациентом и с другими специалистами относительно пациента; не перезванивает в ответ на его телефонные звонки; думает, что ему будет лучше умереть, и не оценивает тщательно текущий риск назначенных препаратов; чрезмерно использует лекарственные препараты, потенциально вызывающие привыкание. Пациенты могут также вызывать у психотерапевта и выраженные позитивные чувства. Ему кажется, что только он может и должен спасти этого пациента. У него появляются романтические и сексуальные фантазии или действия в отношении пациента, общие секреты от окружающих, он защищает его от коллег, они перезваниваются, вместе пьют кофе, обсуждают личные проблемы психотерапевта.

Пациенты испытывают интенсивные, плохо понятные эмоции, а их мышление рассеяно и дезорганизовано. Они успокаиваются, когда специалист спокойно разбирает проблемы, приведшие к подобным эмоциям. Им нужны частые, короткие, регулярные встречи, четкое определение ролей и ясные виды на будущее.

В работе с такими больными мягко ободряйте их, обсуждая взаимосвязь между психологическими стрессорами, настроением и самочувствием. Будьте бдительны в отношении риска суицида, открыто обсудите этот риск с пациентом. Искренне взаимодействуйте с ним, проявляя теплоту и участие, но соблюдая соответствующие профессиональные границы. Избегайте взаимодействий, выражающих как неотзывчивость, так и чрезмерную вовлеченность. Своим поведением демонстрируйте профессиональную компетентность и в то же время открыто и прямо признавайте незначительные ошибки. Чем меньше у пациента оснований для идеализации психотерапевта, тем меньше его разочарование и гнев. Избегайте общих утверждений, а также высказываний по типу «черное – белое» или «все или ничего».

Предоставьте пациенту выбор, рассмотрите возможность компромисса. Устанавливайте ограничения, действуя спокойно, невраждебно и неосуждающе. Соблюдайте баланс, постоянно спрашивайте себя: «Не реагирую ли я на жалобы пациента чрезмерно или недостаточно?» ***Целью*** терапии является достижение золотой середины. Научите пациента распознавать гнев, анализировать его причины, успокаивать себя и затем сознательно вызывать поведение, противоположное гневу. Например, после осознания, что гнев связан с интересом мужа к художественной работе подруги, пациентка может вместо обсуждения работы спросить его, как прошел рабочий день.

Не назначайте транквилизаторов, так как они могут вызывать зависимость и растормаживание импульсов. Во избежание передозировки учитывайте количество выписываемого препарата и срока действия рецепта. Используйте сочетание поддерживающей и разъясняющей терапии, выступая в роли вспомогательного «Я». Проведите поведенческую терапию для улучшения контроля над импульсивностью и вспышками гнева, понижения чувствительности к критике и мнениям окружающих, обучения социальным навыкам. Может понадобиться непродолжительная госпитализация. При этом предусмотрите распространенную ошибку персонала отделения, который стремится вовлечь пограничного пациента в приятные дела, не замечая его манипулятивного поведения. Частым фактором, способствующим самоубийству пограничного пациента,

получающего амбулаторную терапию, является согласие терапевта начать терапию, притом что пациент отказывается принимать назначенные лекарства, отвергает участие семьи, пропускает назначенные сеансы или нечестен в своих высказываниях.

Корригируйте неадаптивные установки пациента:

● Люди причиняют мне невыносимую боль, бросая меня. Поэтому я бросаю первый.

● Никто бы не полюбил меня или не захотел бы быть близок со мной, если бы они действительно узнали меня.

● Я не могу сам справиться с трудностями. Мне нужен кто-то, на кого я могу положиться.

● Я должен подчинять свои желания желаниям других, иначе они отвергнут меня или нападут на меня.

● Люди обидят меня, нападут на меня, используют меня. Я должен защищаться.

● Я не в состоянии контролировать или дисциплинировать себя.

● Я должен контролировать свои эмоции, или случится что-то страшное.

● Я плохой и бесполезный. Я заслуживаю наказания.

● Никому не интересны мои нужды. Привлекать к себе внимание можно лишь в ситуации угрозы смерти.

Тщательно устанавливайте показания для проведения ***групповой терапии***. Интегрируйте нового пациента в текущий групповой процесс, что не дает ему возможности монополизировать группу и позволяет ему и другим участникам понять, что у них есть общего или что может стимулировать присутствие нового пациента. Ставьте перед пациентом реалистичные задачи и проявляйте в работе с ним повышенную активность. Интерпретации давайте в контексте групповой поддержки, дополняйте их конфронтацией и обобщением, обращая внимание пациента на его сходство с другими участниками. Распознавайте и прорабатывайте примитивные паттерны взаимодействия пограничного пациента. Типичными примерами являются проекция и расщепление[92], провоцирование бурных атак или идеализированной поддержки со стороны других пациентов, изоляция терапевта из-за втягивания группы в идеализированные или параноидные парные отношения с пограничным пациентом.

Групп-анализ пограничных пациентов имеет свои особенности. Пограничный пациент склонен задавать психотерапевту многочисленные вопросы, требуя на них прямые

ответы. Отвечая на его вопросы, терапевт может его на время успокоить, однако от других членов группы при этом возможна трансляция раздражения. Пытаясь избежать сиблингового конфликта, терапевт может оставить вопросы пограничного пациента без ответа, но этим рискует спровоцировать его агрессивную реакцию. Поскольку пациент не осознает влияния своего поведения на окружающих, то в моменты обратной связи зачастую испытывает досаду, обиду и другие неприятные чувства, что вызывает у него защитные реакции. Проявляя к нему в такие моменты эмпатию, можно установить с ним более тесные и содержательные отношения. Чувствуя себя в безопасности, пограничный пациент ощущает больший интерес к происходящему и может наблюдать за взаимодействием других членов группы.

Не идите на конфронтацию и ограничение сеттинга[93], если этого не делают участники группы. Когда пограничный пациент ведет себя агрессивно по отношению к другим членам группы, он, скорее всего, испытывает тревогу и страх перед ними. Однако если сказать пациенту напрямую о его поведении и реакциях, он с этим не согласится. Если же аналогичная интерпретация адресуется члену группы, который ее принимает, пациент может осознать связь между тревогой и агрессивностью. Это помогает ему стать более открытым и менее враждебным.

Сочетайте групповую работу с индивидуальной. На индивидуальных сессиях пациент может лучше понять те эффекты гиперстимуляции, которые часто испытывает в группе. С другой стороны, группа дает пациенту чувство защищенности, облегчающее ему обсуждение чувств, связанных с его переносом на терапевта. Критерии завершения групп-анализа включают формирование у пациента отчетливой идентичности, нормализацию межличностных отношений и преодоление состояния расщепления личности на противоречивые (амбивалентные) элементы, которые у пограничных личностей и больных шизофренией представлены взаимоисключающими мыслями, чувствами, мотивацией.

Нарциссическое расстройство личности

Отличие нарциссической личности от пограничной (Клусман, 2004)

Показатели	Расстройство нарциссическое	Расстройство пограничное
Симптомы	Более высокая степень интеграции «Я-концепции»; грандиозное «Я» оказывает стабилизирующее воздействие	Неспецифическая слабость «Я» (ограниченная толерантность к страху, плохой контроль импульсов, диффузия идентичности и неспособность к сублимации не перекрываются грандиозным «Я»)
Структура	Слияние представлений о грандиозном «Я» и представлений о всемогущих объектах и слияние реального «Я», идеального «Я» и идеализированного объекта	Расщепление на образы «хороших» и «плохих» объектов
Перенос	Идеализирующий или зеркальный перенос	Дистанцированный (как реакция на единство объектных отношений) или захватывающий перенос (реакция на распад единства объектных отношений)

Психотерапия нарциссических личностей включает ***индивидуальную психотерапию***, поддерживающую или ориентированную на формирование адекватной самооценки; в тяжелых случаях необходима ***терапия средой***. Выявите и устраните недостатки развития: неспособность отличать фантазию от реальности, отсутствие сигнального страха, отсутствие отграничения других людей от себя. Берегите самоуважение пациента, которое может пострадать от вмешательства терапевта, подчеркивайте его права, избегайте соперничества, обнадеживайте. Быстро прерывайте возникающие в разговоре паузы, структурируйте беседу, однако не прибегайте к внушениям, рекомендациям и манипуляциям.

Амбулаторная терапия нарциссических пациентов,

совершающих повторные суицидные попытки, возможна лишь при строгом соблюдении сеттинга. Предупредите пациента, что при возникновении риска суицида он должен обратиться в психиатрическое учреждение или, если он уже принял с целью отравления лекарства, в «скорую помощь». Психотерапия возобновится, когда пациент вернется в ясное психическое состояние. Вместо того чтобы действовать под влиянием суицидных импульсов, пациенту следует откровенно обсуждать их во время психотерапевтических сессий.

Нарциссический пациент часто производит впечатление «отвергающего помощь жалобщика». На самом деле он не пытается отвергать помощь, а просто не может донести до окружающих свою потребность в ней. Способствуйте позитивному контрпереносу. Это поможет вам понять, сдержать, исследовать в интересах пациента, интегрировать и направить обратно к пациенту его интенсивные и болезненные чувства. При этом могут развиться очень сильные контрпереносные чувства: побуждения, направленные на пациента вследствие чувства собственного бессилия и беспомощности; уничижительная реакция (диагностика непоправимого дефекта); мазохистское желание подчиниться требованиям пациента во избежание чувства вины; возрождение архаических страхов «Я». Информируйте пациента об эмоциях, связанных с контрпереносом, чтобы он научился воспринимать терапевта как личность.

Учитывайте особенности переноса, который характеризуется архаическими образами «Я» и объекта, проективными искажениями (аналитик часто воспринимается как негативный компонент личности пациента) и нереалистичными представлениями о родителях («они такие» вместо «они кажутся мне такими»). Нарциссический пациент воспринимает близких людей как недостаточно надежных и далеких от идеала. Он проявляет сопротивление переносу из-за чувства стыда. Оно возникает в двух случаях: когда нарциссический пациент осознает внутреннюю потребность в близком человеке и стесняется этой потребности и когда он сомневается в том, что ему удастся соответствовать требованиям идеального «Я».

Негативный перенос требует немедленной систематической конфронтации для предупреждения психоза переноса. Позитивный перенос на первоначальной стадии анализировать не стоит. Пока пациент воспринимает терапевта как симбиотический объект, как собственную нарциссическую функцию, он не в состоянии принимать интерпретации переноса. Не уклоняйтесь от идеализированного переноса, чтобы пациент мог воспитать в себе

чувство собственного достоинства.

Не применяйте технику свободных ассоциаций. Интерпретации проводите, когда в терапии уже достигнут «невротический» уровень, с учетом следующих правил. Сначала исследуйте материал, имеющий менее конфликтный характер. Интерпретируйте депрессивное содержание, затем параноидальное. Мазохистские тенденции интерпретируйте прежде садистских. Ограниченно интерпретируйте происхождение расстройства. Интерпретируйте патологические защиты (расщепление, проекция, проективная идентификация, всемогущество, девальвация) и их деструктивное воздействие на отношение к реальности. Не интерпретируйте конфликты влечений-защит. Корригируйте примитивную идеализацию и параноидальное восприятие личности терапевта. Контролируйте ажитацию пациента. Интерпретируйте искажения, мешающие пациенту любить и проявлять его принципиальную способность удовлетворять эту потребность. Корректируйте негативные представления пациента о близких людях из его прошлого и идеальные представления о важном человеке.

В группе нарциссический пациент обычно неосознанно пытается проверить степень ее безопасности, прежде чем заявлять о своих трансферентных потребностях[94]. Переносы часто проявляются без какой-либо вербализации и становятся очевидными лишь тогда, когда психотерапевт или группа не могут удовлетворить трансферентные потребности нарциссического пациента. Он нередко провоцирует возникновение у членов группы негативных чувств, что, однако, более предпочтительно, чем оставаться незамеченным или чувствовать себя в изоляции. Нарциссический пациент опасается, что окружающим станут известны его чувства, и испытывает раздражение и жажду мести.

Часто нарциссический пациент играет роль монополиста, который жаждет признания группы и в то же время уклоняется от близких отношений с окружающими, используя избыточную вербализацию. Он формирует образы идеальной группы и идеального психотерапевта. Его монологи не дают ему услышать других членов группы и психотерапевта и тем самым предупреждают разрушение этих образов. В процессе эмпатического контакта обозначьте амбивалентность позиции пациента, но не пытайтесь корригировать лежащие в ее основе искажения восприятия.

Пациент испытывает нарциссическую обиду при использовании терапевтом общегрупповых интерпретаций, не предполагающих учета состояния каждого члена группы. Он

ревнует терапевта к участнику, завладевшему его вниманием, испытывая чувство досады и душевной боли и воспринимая терапевта как невнимательного и равнодушного. Интерпретируйте реакцию пациента на неспособность терапевта или членов группы удовлетворить его потребности на основе эмпатического понимания его внутреннего мира и характерного для него стиля общения. Критериями завершения групп-анализа служат преодоление идеализированных переносов, уменьшение обидчивости, готовность допускать ошибки и проявлять слабость.

Используйте вербализацию притязаний (желаемое поведение свое и окружающих, его интенсивность, количество ситуаций); коррекцию элементов нереалистичности, несоответствия социальным нормативам; визуализацию субъективно угрожающих последствий неудовлетворения притязаний; воспроизведение в реальной обстановке ситуации с неудовлетворением притязаний, демонстрацию субъективно завышенного восприятия угрозы; ревизию предсказаний последствий неудовлетворения притязаний на основе результатов проведенного эксперимента.

Научите пациента лучше формулировать мысли и тестировать реальность. Корригируйте следующие неадаптивные установки:

- я особенный, уникальный, заслуживаю особых правил;
- другие восхищаются, соблазняются; я лучше других;
- люди должны служить мне или восхищаться мною; они не имеют права отрицать мои достоинства;
- основная стратегия поведения – манипуляции.

Демонстративное расстройство личности

Данное расстройство диагностируется при наличии по меньшей мере четырех следующих характеристик.

1. Показной характер, театральность поведения или преувеличенное выражение чувств.
2. Внушаемость, легкое попадание под влияние окружающих или ситуативных воздействий.
3. Поверхностный лабильный аффект.
4. Постоянный поиск возбуждающих переживаний и деятельности, в которых субъект находится в центре внимания.
5. Неадекватное подчеркивание своей сексуальности во внешности и поведении.
6. Чрезмерная озабоченность своей внешней привлекательностью.

Выделяют группу *дефензивных* (англ. *defense* – защита), *сенситивных истероидов* — тревожных, застенчивых, с чертами инфантильности, переживанием своей неполноценности, душевной сложностью, повышенной рефлексией. Пациенты отличаются психофизическим инфантилизмом, моложавостью и хрупкостью, сочетающимися с наигранной наивностью и откровенностью. За их показной непрактичностью прячется житейская хватка и изворотливость. Демонстрируя слабость, эти люди ставят окружающих в зависимость от своих желания и капризов. В ситуациях длительного психического напряжения у них развиваются конверсионные, соматизированные и астеноипохондрические реакции, нарушения пищевого поведения.

Аффективные реакции купируйте седуксеном или элениумом. Составьте совместно с пациентом план лечения с четкими границами, однозначным определением условий работы, неукоснительной договоренностью по поводу времени и оплаты, текущим тестированием реальности. В первую очередь окажите пациенту эмоциональную поддержку, не сдерживайте проявлений симпатии. Договоритесь о выделении определенной части сессии для рассказа о волнующих событиях, обсуждайте эмоционально значимые проблемы в контексте менее актуальных обстоятельств (знакомые, литература), подчеркивайте сам отрицаемый аффект, но без конфронтации вымышленного содержания с реальностью. Ожидайте, когда пациент сам расскажет правду, или накопите достаточно неопровержимых фактов для признания истины. Добейтесь осознания пациентом, что он может получить

поддержку и внимание не только истерикой, но и другими способами.

Терапевтические фрустрации проводите твердо и доброжелательно. Проработайте эдипову ситуацию, вскройте и устраните многочисленные вытеснения. После этого переходите к экспериментам, направленным на выработку новых форм поведения. Пациентов, которые понимают аффективный контроль как утрату эмоциональности, нацельте на более адаптивное использование эмоций и поощряйте их способность к драматизации и яркое воображение в ходе терапии, когда они используются конструктивно. При проведении групп-анализа учтите, что включение в группу одновременно двух истероидных пациенток может вызвать у них борьбу за звание «Мисс Группа» и блокирование группового процесса.

Корригируйте следующие неадаптивные установки:

- я – обаятельная, соблазнительная;
- другие – любующиеся, восхищающиеся;
- я могу руководствоваться своими чувствами;
- для манипуляций людьми надо использовать обаяние, вспышки раздражения, плач, истерики, суицидные попытки.

Обсессивно-компульсивное расстройство личности, психастения

Диагностика данного состояния требует соответствия по меньшей мере четырем из нижеперечисленных признаков:

1. Постоянные сомнения и чрезмерная предосторожность.
2. Постоянная озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или планами.
3. Перфекционизм, как завышенные требования к себе, окружающим и результатам деятельности, стремление к совершенствованию и связанные с этим многочисленные перепроверки, что нередко препятствует завершению выполняемых задач.
4. Чрезмерная добросовестность и скрупулезность.
5. Неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб получению удовольствия и межличностным отношениям вплоть до отказа от этого.
6. Чрезмерная педантичность и следование социальным условностям.
7. Ригидность[95] и упрямство.
8. Необоснованное настаивание на точном подчинении других собственным привычкам или столь же необоснованное нежелание позволить им самим что-либо делать.

Приходится считаться со склонностью пациентов навязывать собственный план обследования и лечения. Поскольку больные ценят точность, вникают в детали, не жалейте времени на систематизированные рациональные объяснения. Терпеливо выслушивайте пациента, уважайте его стремление к самостоятельности, занимайте неконфликтную, гибкую, доброжелательную позицию, заменяйте моральную модель психологической. Подчеркните пациенту то положительное, что содержится в его мучительной самокритике (высокая требовательность к себе). Постоянно напоминайте ему о необходимости как можно интенсивнее взаимодействовать с окружающей жизнью. Анализ осанки, занятия спортом и танцами помогают бороться с излишне строгой позой, дают возможность ощутить мышечную радость. Поощряйте живое фантазирование, развивайте образное, эмоциональное начало с помощью арт-терапии.

Психоанализ проводите с учетом проблем, связанных с контролем, подчинением, интеллектуализацией, избеганием.

Способствуйте осознанию рационализации и формирования реакции, переживанию анально-агрессивных импульсов[96]. Допускайте проявления вербальной агрессии по отношению к терапевту. Научите пациента ставить себя на место другого человека. Проработайте аффекты в отношении времени и денег, а также стремления к безопасности.

Корригируйте следующие неадаптивные установки:

- я дисциплинированный, ответственный, разборчивый, компетентный, я знаю, как лучше;
- другие – безответственные, легкомысленные, некомпетентные, потакающие своим желаниям, они должны работать лучше и больше стараться;
- детали имеют решающее значение;
- ведущие стратегии поведения: применение правил, перфекционизм, оценка, контроль, принуждение, наказание.

Тревожное (избегающее, уклоняющееся) расстройство личности

Диагноз ставится на основании соответствия не менее чем четырем из нижеследующих признаков.

1. Стойкое глобальное чувство напряженности и озабоченности.
2. Убежденность в своей социальной неловкости, непривлекательности или малоценности в сравнении с другими.
3. Повышенная озабоченность критикой или непринятием в социальных ситуациях.
4. Нежелание вступать во взаимоотношения без гарантии понравиться.
5. Ограниченность стиля жизни из-за потребности в физической безопасности.
6. Уклонение от профессиональной или социальной деятельности, связанной с интенсивными межличностными контактами, из страха критики, неодобрения или отвержения.

Несмотря на низкую самооценку и избегание риска, эти личности почти отчаянно жаждут быть в общем социальном и профессиональном потоке. Пациенты готовы угодить, однако обычно их отношения нарушаются в связи с их исключительной чувствительностью к неприятию, и они тянутся к работе в тени. Для них характерна эмоциональная неустойчивость с приступами бурных гневных вспышек, также бывают длительные состояния, напоминающие депрессию. Возможное осложнение – социальная фобия.

Проведите поддерживающую или ориентированную на формирование адекватной самооценки индивидуальную психотерапию, групповой ассертивный и социально-психологический тренинг, направленный на формирование уверенности в себе и обучение социальным навыкам.

Корригируйте следующие неадаптивные установки:

- я уязвим к недооценке, отвержению;
- другие – критически настроенные, унижающие, стоящие выше, идеализированные;
- ужасно быть отвергнутым, униженным;
- если бы люди знали меня настоящего, они бы меня отвергли;
- я не могу терпеть неприятных чувств;
- надо избегать ситуаций оценки, неприятных чувств и

мыслей.

Зависимое расстройство личности

Для постановки диагноза необходимо соответствие по крайней мере четырем из следующих признаков.

1. Активное или пассивное перекладывание на других большей части важных решений в своей жизни.
2. Подчинение собственных потребностей нуждам других людей, от которых зависит пациент, и неадекватная податливость их желаниям.
3. Недостаточная готовность к предъявлению даже разумных требований людям, от которых пациент находится в зависимости.
4. Дискомфорт при пребывании в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни.
5. Частая озабоченность страхом быть покинутым другими людьми и остаться предоставленным самому себе.
6. Ограниченная способность принимать повседневные решения без многочисленных советов и ободрения окружающих.

В случае утраты (или угрозы утраты) близких отношений пациенты испытывают страх быть брошенными на произвол судьбы и потребность найти новую тесную связь как источник заботы и поддержки. Определите четкие границы помощи, максимально полно заботьтесь в этих границах и, отказывая в чем-то, давайте что-то взамен, подчеркивая при этом интерес к больному. Проведите поведенческую терапию с выработкой уверенности в себе, семейную и групповую терапию.

Корригируйте следующие неадаптивные установки:

- я – социально ущербный, нуждающийся, некомпетентный, слабый, беспомощный;
- другие – заботящиеся, поддерживающие, компетентные;
- чтобы выжить и быть счастливым, мне нужны люди;
- мне нужны постоянная поддержка и поощрение; основная стратегия поведения – установление зависимых отношений.

Депрессивное расстройство личности

В пользу данного диагноза свидетельствует не менее пяти из следующих признаков.

1. Преобладание унылого, мрачного, подавленного настроения.
2. Отношение к себе основывается на убеждении в собственной неполноценности, никчемности и низкой самооценке.
3. Тенденция к самокритике, самообвинению и преуменьшению собственных заслуг.
4. Склонность к печальным размышлениям и поиску поводов для беспокойства.
5. Негативное, критическое отношение к окружающим.
6. Пессимизм.
7. Склонность переживать чувство вины, сожаление.

Пациент не замечает позитивных возможностей, воспринимает мир как безрадостный и бесцветный. Он ведет себя пассивно, сдержанно, боится самостоятельности, в нужный момент проявляет нерешительность, не использует шансы, опасаясь осуждения за недозволенный поступок. Пациент располагает к себе, излучает теплоту, всегда готов к самопожертвованию, безотказно и безропотно выполняет любые требования окружающих, предметов и явлений: женщина, получившая подарок, должна отдаться; книга должна быть прочитана до конца; хорошая погода требует прогулки. От окружающих пациент не требует ничего, не проявляет инициативы, ищет зависимости, «цепляется» за партнера, постоянно боится, что его разлюбят и покинут. При охлаждении партнера велик риск суицида. Страх утраты распространяется и на предметы. Пациент неуютно чувствует себя в групповых ситуациях, избегает дискуссий, уходя в себя.

Динамическую терапию направьте в первую очередь на поощрение вскрытия и отреагирования зависти, обиды, ненависти и других враждебных чувств, которые позволены с терапевтом (в отличие от того, как это было с родителями). В качестве важнейшего психодинамического фактора у пациентов выступает неотреагированная ранняя утрата объекта любви с возложением ответственности за это на свою «плохость». При этом происходит идеализация утраченного объекта и обращение агрессии против себя. Результатом этого становится сниженное самоуважение и тенденция к самонаказанию и самосовершенствованию. В

качестве психологических защит используются перенос и реактивное образование (чрезмерная забота вместо вытесненной обиды и т. п.). Характерна также идентификация с другими путем приписывания им своей идентичности, интроекции или симбиоза. Вследствие этого пациент избегает реальных отношений с партнером, который заменяет материнскую фигуру. К нему предъявляются завышенные требования в скрытой форме: пассивность и беспомощность становятся агрессивной стратегией. Утрата объекта приводит к обращению либидо на «Я»: путем идентификации удается избежать ощущения потери объекта, при этом освободившееся либидо не направляется на новый объект, а укрепляет ослабленное «Я».

Из-за отсутствия динамики, обращенной вовне, все чувства «глотаются». Формируется сильное Суперэго, которое постоянно борется с Эго, предъявляя ему невыполнимые требования и поддерживая постоянное чувство вины. Неудачное самоотречение приводит к переживаниям разочарования, затаенной обиды, зависти, недоброжелательности, придирчивости. Подавленные и накопленные чувства и желания становятся такими могущественными, что вторично проецируются на окружающий мир, который из-за этого представляется требовательным. Для профилактики разочарования служит обесценивание по типу «виноград зелен». Балующую мать могут символизировать мастурбация, фантазии о потерянном рае, упоение ролью кающегося грешника, алкоголь и наркотики.

Научите пациента быть субъектом. Поддерживайте у него проявления здорового эгоизма, соперничества, а иногда и оппозиции, интерпретируя их как победу над страхом и угодничеством. Признавайте свои терапевтические ошибки, соглашайтесь с критикой пациента в свой адрес, чтобы помочь ему перейти из позиции «снизу» в положение «на равных». Готовность пациента к самокритике используйте для атаки его сурового Суперэго. В работе с сопротивлением уделите большое внимание желанию пациента страдать в ожидании жалости и высокой моральной оценки.

Прохождение завершающей фазы терапии требует бережной работы со страхом разлуки, который связан у этих больных с детским переживанием необратимой сепарации или утраты. Имейте в виду, что многие пациенты с депрессивным расстройством личности твердо убеждены в своих недостатках и соответственно – неприязни со стороны психотерапевта (так пациенты нередко расценивают затянувшееся молчание терапевта). Пациенты с недоверием относятся к «незаслуженным» проявлениям симпатии терапевта и его похвале. Они мечутся

между сильнейшей потребностью в привязанности к терапевту и паническим страхом перед отвержением. Результатом этого внутреннего конфликта может стать суицид.

Проведите групповую и межличностную (например, супружескую) терапию. Корригируйте следующие дезадаптивные убеждения:

- чтобы быть счастливым, нужно всегда добиваться успеха;
- чтобы быть счастливым, нужно, чтобы все любили тебя;
- если я сделаю ошибку, это будет означать, что я бестолковый;
- я не могу жить без любящего человека;
- если человек спорит со мной, значит, я ему не нравлюсь;
- мое человеческое достоинство зависит от того, что думают обо мне другие.

Мазохистское (самопораженческое) расстройство личности

Чаще это женщина с саморазрушительным стилем жизни, для которой характерны следующие черты. Она выбирает людей или ситуации, которые приводят к разочарованию, неудаче или плохому обращению, хотя лучшие варианты были явно доступны. Отвергает или делает неэффективными попытки других помочь ей. На свой успех и другие положительные события в своей жизни реагирует подавленностью, виной, несчастным случаем или другим поведением, которое вызывает боль. Провоцирует злобные или отвергающие реакции со стороны других, а затем чувствует себя оскорбленной, побежденной или униженной (например, публично высмеивает мужа, а когда он выходит из себя, чувствует себя обиженной). Отвергает возможность получить удовольствие, разрушая такие возможности, или не желает признать, что получила удовольствие, хотя имеет возможность наслаждаться жизнью. Не может выполнять трудные задания для себя, хотя делает что-то не менее трудное для других. Не интересуется теми, кто хорошо обращается с ней, оставляет их без внимания и отвергает. Постоянно стремится принести себя в жертву вопреки противодействию и неодобрению партнеров. Вступает в связи, где заведомо будет только страдать.

Мазохисты склонны к *виктимности* (англ. *victim* – жертва), под которой понимают повышенную предрасположенность человека становиться жертвой правонарушений, несчастных случаев и подобных ситуаций. Склонный к травмам человек импульсивен, склонен действовать под влиянием момента, любит приключения и не любит планировать и подготавливать будущее. Он мятежник и бунтует не только против внешнего диктата, но и против власти собственного разума и самоконтроля. Однако, кроме детского импульса к протесту, у него сохраняется и чувство вины перед родителями, которое он искупает своей травмой и тогда может рассчитывать на прощение и заботу. Одновременно он мстит родительским фигурам, которым теперь приходится заботиться о беспомощной жертве.

Поведение мазохиста укладывается в следующую схему: провокация; эксгибиционизм («Обрати внимание на мое страдание»); умиротворение («Я уже страдаю, поэтому меня надо не наказывать, а пожалеть»); обвинение («Видишь, что ты заставил меня сделать!»). Мазохисты нередко применяют отрицание страдания, чтобы продемонстрировать свою

выносливость к боли, всепрощение и неспособность заподозрить обидчика в плохих намерениях. Кроме того, они часто применяют морализацию и отреагирование вовне саморазрушительными действиями.

Вопреки бытующему мнению, мазохист стремится испытать боль не ради извращенного чувственного удовольствия, а потому что она ассоциируется с объектом любви, который раньше причинял боль. Кроме того, с помощью боли он чувствует себя живым и реальным (первичная выгода) и получает вторичную выгоду от своих страданий – например, моральную победу над мучителем и жалость окружающих. Если принять на себя ответственность за несчастье такого пациента и искать решение его проблем, мазохист лишается выгод от своей обычной стратегии и развивает негативную терапевтическую реакцию: «Только попробуй помочь мне – станет хуже и мне, и тебе». Игнорируйте попытки пациента получить к себе внимание за счет своих страданий и поддерживайте его, когда он открыто отстаивает свои права.

При проведении динамической терапии укладывание пациента на кушетку подчеркивает доминирование терапевта. Занимайте положение лицом к лицу, избегайте проявлений как всемогущества и превосходства, так и готовности к самопожертвованию, делайте акцент на реальных отношениях и способности пациента улучшить свое положение. В анализе невроза переноса помогите пациенту осознать тенденции к подчинению и провоцированию партнера, пассивному сопротивлению контролю, использованию партнера для поддержания собственного депрессивного состояния, скрытому бунту, агрессии и упадку духа, маневрам, позволяющим избежать личной ответственности. Вскрывайте и интерпретируйте характерные психологические защиты: интроекцию, обращение против себя и идеализацию.

В работе с чувствами основное внимание уделяйте таким запрещенным для пациента эмоциям, как чувство гнева и удовольствия. Указанные чувства обычно прячутся за маской апатии или саботажа терапии. Блокируют же переживания гнева и удовольствия страх наказания и чувство вины. Вначале вскройте и разрешите пациенту испытывать и выражать открыто чувства страха и вины. Проверяйте субъективные аргументы самообвинений, введите социальные критерии определения вины и покажите неправомерность абсолютного приписывания вины одному фактору. Источником чувства вины обычно служит агрессивная и сексуальная энергия, которая не получила разрядки и была захвачена Суперэго. Затем начните подкреплять

чувства гнева и удовольствия.

На заключительном этапе терапии переместите акцент на работу с чувством печали по поводу первоначальной трагедии и упущенных возможностей в связи с ее последствием – мазохистским стилем жизни. В это время поощряйте отказ пациента от желания отомстить за перенесенные в прошлом потери.

Корригируйте следующие дезадаптивные (нарушающие адаптацию) установки и мотивации:

- единственная возможность что-то получить – это наказывать себя;
- если я достаточно пострадал, я получу любовь;
- лучшая защита от врагов – показывать их жестокость;
- я уже страдаю, а лежачего не бьют;
- обратите внимание на мои страдания;
- вот до чего ты меня довел, безжалостный!

Имитируемое расстройство, или синдром Мюнхгаузена, чаще наблюдается у мазохистов, пограничных или антисоциальных личностей из низших социальных слоев, кочующих из одной клиники в другую, каждый раз сообщая разный анамнез. Они симулируют лихорадку, манипулируя термометром; вскрывают вены, добиваясь анемии; используют слабительные с целью вызвать понос, инсулин – для понижения уровня сахара крови, антикоагулянты – для провокации кровотечений. В половине случаев среди требуемых больными лекарств – анальгетики и наркотики, в особенности при симуляции почечной колики.

Больные, страдающие синдромом Мюнхгаузена, обычно воспитываются без отца жестокой, отвергающей матерью. В анамнезе у них часто обнаруживается тяжелая соматическая болезнь, во время которой они получали недостающее им тепло от медицинского персонала. Общение с медиками возрождает эту ситуацию, причем результаты лечения всегда обесцениваются, чтобы испытать триумф и начать сначала. Нередко симулируются болезни родственников с целью идентификации с ними.

Наиболее уродливой формой синдрома Мюнхгаузена является приписывание несуществующего заболевания своим детям, которое обрекает их на роль мнимого больного поневоле (делегированный синдром Мюнхгаузена). Патологическое поведение обычно демонстрируют матери, которых называют «наркоманками медицины». Ими всецело владеет желание получить лечение несуществующих болезней у своих детей, их невозможно убедить в отсутствии заболевания. Они часто

истолковывают диагностические данные так, как будто ослышались, или делают нелогичные выводы из полученной информации.

Мать, как правило, сообщает длинную историю болезни, изобилующую драматическими событиями: судорожными приступами и остановками дыхания, состоянием клинической смерти и т. п. Мать преподносит себя как образец заботливости, отказывается оставить ребенка одного и предлагает свои услуги по медицинскому уходу за ним, включая сбор материалов для лабораторного анализа. Таким матерям удается получить разрешение на это, поскольку нередко они являются медицинскими работниками. Отсутствие патологии в данных исследования толкает их на требование внутриполостных методов исследования; они могут подделывать данные лабораторных анализов и обращаться с жалобами на врачей или добиваться перевода ребенка в другую больницу.

В стационаре больные конфликтуют с врачами, с возмущением объясняют отрицательные результаты обследований некомпетентностью или небрежностью специалистов. Некоторые из них с легкостью пользуются медицинской терминологией, злоупотребляют ПАВ[97] и имеют криминальное прошлое. У больных можно обнаружить многочисленные рубцы после предшествующих хирургических вмешательств.

Многие больные синдромом Мюнхгаузена проявляют театральные манеры и наивность. Они озабочены главным образом симптомами и обсуждают их охотно, с мучительными и яркими подробностями. Указания на противоречие в их поведении оставляют их невозмутимыми (диссоциативная защита «прекрасным равнодушием»).

Больные могут охотно симулировать психотическое расстройство и получать большие дозы психотропных средств, подвергаться электросудорожной терапии, однако категорически отказываются признать наличие у них синдрома Мюнхгаузена. Нередко больные умирают вследствие осложнений от ненужных медицинских вмешательств.

Терапевтически важной является максимально ранняя диагностика синдрома для предотвращения дальнейшей соматической терапии. Следует избегать ненужных лабораторных исследований или лечебных процедур. Чуткое отношение к больному предпочтительнее любого медикаментозного лечения. Однако психотерапевтическое вмешательство малоэффективно из-за недостаточной мотивации.

Химические аддикции

Принципы психотерапии аддиктов

Аддиктивную личность отличают черты незрелости: невыраженность интеллектуальных и духовных интересов, твердых нравственных норм, неустойчивость, ненасытность, безответственность, чувство стадности, зависимость и тревожность, склонность к колебаниям настроения, стереотипность, повторяемость поведения. Аддикты хуже переносят трудности повседневной жизни, чем кризисные ситуации. Они уходят от принятия решений, лгут, сваливают вину на других. Внешняя социабельность сочетается со страхом перед стойкими социальными контактами и манипулятивностью. Преувеличение своих достоинств маскирует скрытый комплекс неполноценности. Тревожный аддикт может компенсировать его гиперсоциальностью, например трудоголизмом. *Ананкасты* посвящают свою жизнь карьере, борьбе за власть, обогащению с демонстрацией своего превосходства над окружающими. *Нарциссы* противопоставляют толпе обывателей свою романтическую жизнь, свободную от обязательств, а значит, и от обвинений.

Аддикты нуждаются в эмоциональной поддержке, поскольку не имеют достаточной физиологической возможности оказать ее себе самим и поскольку привыкли получать вместо нее суррогат (еду, физический контакт, развлечение, заслуженную награду). Основные мотивации аддиктивного поведения таковы (Короленко, Донских, 1990):

1) противотревожная;
2) субмиссионная (подчиненная влиянию других);
3) гедонистическая (эйфоризирующая);
4) активирующая (часто для сексуальной гиперстимуляции);
5) псевдокультурная (демонстрирующая принадлежность к данной культуре, компенсирующая комплекс неполноценности; может проявляться, например, в стремлении играть роль тамады).

Проанализировать мотивацию поведения аддикта помогают следующие вопросы:

- Кем позволяет вам быть зависимость, кем бы вы не могли быть иначе?
- Что позволяет вам делать зависимость, чего иначе вы не могли бы делать?
- Что вы можете потерять, если перестанете быть зависимым?
- Как бы изменилось ваше отношение в себе и другим, если

бы вы не были больше зависимым?

● Когда вы говорите «Я зависимый», какие слова возникают немедленно вслед за этим утверждением?

Традиционно терапевтической мишенью является тяга к объекту аддикции. С учетом вышеприведенной классификации необходимо учитывать функцию данного объекта на всех уровнях: биологическом, психологическом, экзистенциальном. В соответствии с этим авторская программа психотерапии состоит из следующих этапов.

1-й период – диагностический. Клиническая оценка аддиктивного расстройства, уровня терапевтической мотивации и позиции ближайшего окружения. Оценка актуального уровня функционирования личности, его максимума в лучшие времена и возможностей компенсации или роста, если его требует ситуация. Выявление неосознанных блокированных потребностей и опасений, связи текущих конфликтов с неоплаканными утратами и неотреагированными обидами.

2-я стадия – пробная терапия. Заключение предварительного терапевтического договора. Оценка реакции на воздержание. Выявление неосознаваемого конфликта между неудовлетворенными эмоциональными потребностями и блокирующими иррациональными установками. Выявление возможностей и ограничений, ресурсов самопознания и развития личности. Развитие терапевтического союза. Выбор метода психотерапии. Выработка мотивации к семейной и групповой терапии. Коррекция терапевтического договора.

3-я стадия – рабочая. Мобилизация конструктивных ресурсов пациента и его ближайшего окружения. Адекватный самоконтроль вместо компенсаторного стремления контролировать объект аддикции и свою независимость от него. Поддержка усилий по преодолению тяги. Осознание примитивных и незрелых защит, проявляющихся в компульсивном поведении. Эмпатическая поддержка в моменты неприятия себя. Укрепление позитивных качеств личности. Поддержка в выборе между примитивными, незрелыми и зрелыми защитами. Коррекция неадаптивных установок. Мобилизация веры во врожденные конструктивные силы. Замена вредной аддикции полезным увлечением. Выработка мотивации к тренингу навыков адаптации. Тренинг более зрелых защит в индивидуальных сессиях, групповом и семейном (супружеском) формате. Выработка и закрепление новых форм поведения. Взятие ответственности за себя без страха наказания. Укрепление самостоятельности и эмпатии. Организация более зрелых

отношений с окружающими, отказ от аддиктивной компании.

4-я фаза – завершение. Проработка страха разлуки, оживления иждивенческих ожиданий, опасений ухудшения состояния. Творческие планы, их практическое обеспечение, организация полнокровной жизни. Взятие обязательств. Планы на случай рецидива. Пробные периоды самостоятельности. Прощание с подведением итогов и подчеркиванием вклада клиента.

В ходе терапевтического процесса пациент вместе с терапевтом, а также с участниками семейной и групповой терапии вскрывает свои внутренние конфликты, пересматривает прошлое, планирует работу над собой, находит ресурсы в себе и взаимоотношениях, начинает тренировать недостающие навыки, отслеживает положительные изменения, формирует новые вкусы и ценности, организует новые значимые отношения. Он начинает искать смысл жизни не столько в получении удовольствий и избегании неприятностей, сколько в личностном, социальном и духовном росте.

В психоанализе учитывайте следующее. У аддикта наблюдается страстное стремление к человеку, заслуживающему доверия, с ожиданием, что тот никогда не разочаруется в нем, даже если злоупотребить его доверием. Воображение аддикта заполнено фантазиями инкорпорации – поглощения объекта всеми отверстиями тела; в этих фантазиях аддикт предвкушает каннибальское поглощение объекта аддикции или оргастическое слияние с ним. Благодаря интроекции аддикт заменяет отношения с внешним объектом отношениями с его интроектом, чтобы тотально и безраздельно контролировать объект зависимости. Используя его магическую силу, аддикт приобретает всемогущество.

Обладая интроектом, аддикт может позволить себе презрительно обесценить объект аддикции, чтобы не испытывать зависть к его силе и не бояться поглощения объектом. Под воздействием проекции пациент перекладывает на объект аддикции собственные импульсы и аффекты. С помощью проективной идентификации больной помещает свои чувства и мотивации в объект зависимости, над которым затем пытается установить контроль с помощью идентификации. В результате проективной идентификации пациент может приписать объекту аддикции собственную враждебность и затем со страхом ожидать какого-то вреда, а свою агрессию считать реакцией на это.

Дихотомическое разделение мотиваций, интроектов и объектов на жизненно необходимые и смертельно опасные приводит к расщеплению. Чтобы сохранить контроль над

внутренним и внешним миром, расщепленное сознание прибегает к отрицанию, игнорируя наличие аддикции и ее опасность. Невыносимый страх перед этой опасностью удается блокировать с помощью контрфобии[98] в форме удовольствия от опасной деятельности, бравады; появляется чувство азарта с эйфорией от переживания своего бесстрашия, обеспеченной выбросом внутреннего наркотика – эндоморфина. Избежать чувства унизительной зависимости помогает псевдонезависимость – бессознательная демонстрация независимости от объекта аддикции. Внутренний конфликт отыгрывается вовне компульсивным или импульсивным действием. Рационализация помогает оправдать свое поведение приемлемыми мотивами вместо признания скрытых неприемлемых.

Аддикт ищет состояния абсолютного удовлетворения, грандиозности и умиротворения здесь и теперь. Не принимая ограничений, которых требует реальность и принятые ранее обязательства, он одновременно и бежит от них, и парадоксальным образом стремится к ним. Не заботясь о себе и пренебрегая самозащитой, которую способна дать внутренняя власть Суперэго, аддикт демонстрирует неожиданные колебания и абсолютную эмоциональную ненадежность. Не обладая внутренней самокритичностью, чтобы при необходимости наказывать себя изнутри, аддикт провоцирует получение наказания извне. Вместо тонко настроенной, функционирующей способности к самонаблюдению у такого пациента присутствует постоянная готовность чувствовать стыд и унижение перед другими людьми, которые провоцируют эти чувства.

Когнитивную терапию следует направить на коррекцию следующих иррациональных представлений.

● Взрослому человеку совершенно необходимо, чтобы его любили или одобряли все значимые люди в его окружении.

● Если не везет, то от человека практически ничего не зависит.

● Чтобы считать себя достойным, надо соответствовать высоким требованиям и преуспевать во всех отношениях.

● Некоторые люди плохие, и их надо сурово наказывать.

● Когда что-то не получается, это катастрофа.

● Если человеку что-то угрожает, надо постоянно думать о том, как это случится. Легче избегать трудностей и ответственности за себя, чем справляться с этим.

● Надо полагаться на сильного человека и зависеть от него.

● Текущая жизнь в основном определяется прошлыми воздействиями.

● Нужно очень сопереживать другим людям.

● Если не найти идеального решения проблемы, все погибнет.

Вся беда с ним, что, когда он не пьян, он трезв.

Уильям Йитс

Алкогольная зависимость

Психическую зависимость от алкоголя помогают обнаружить такие вопросы:

● Ожидаете ли вы с нетерпением конца рабочего дня, чтобы выпить и расслабиться?

● Ловите ли вы себя на том, что ждете конца недели, когда можно немножко гульнуть?

● Замечаете ли вы, что мысль о выпивке врывается иногда в ваше сознание в самый неподходящий момент, когда вам нужно думать о чем-то другом?

● Не появляется ли у вас потребность «принять на грудь» в определенное время суток?

О повышении выносливости к алкоголю судят на основании следующих вопросов:

● Изменилась ли ваша личная доза алкоголя, от которой вы пьянеете?

● Не находите ли вы, что можете пить больше других и при этом не пьянеете?

● Гордитесь ли вы тем, что можете выпить больше других?

Физическую зависимость от алкоголя можно диагностировать, если человек продолжает употреблять алкоголь в больших количествах, несмотря на одно или несколько перечисленных ниже обстоятельств.

1. Нарушение важных для него взаимоотношений (например, супружеских), происшедшее, по мнению партнера или самого пьющего, из-за пьянства.

2. Потеря работы из-за пьянства.

3. Два или более привода в полицию, связанные с употреблением алкоголя.

4. Наличие признаков ухудшения здоровья, включая алкогольный абстинентный синдром.

Основные механизмы психологической защиты у А-зависимых (Павлов, 2006).

● Рационализация помогает им сохранять «лицо» («пью, потому что тонко чувствую несправедливость»).

● Вытеснение способствует игнорированию, вплоть до нелепого отрицания фактов, которые противоречат алкогольным установкам («пью не больше других»). К этой защите склонны неустойчивые и инфантильные личности. Более сложно

организованную личность длительное вытеснение реальности может разрушить.

● Проекция позволяет приписывать вытесненные недостатки другим людям («Все плохое – от них, я – хороший»).

● Девальвация лишает ценности позитивные альтернативы пьянства.

● Изоляция защищает не только от неприятных переживаний, но и от позитивного эмоционального компонента жизненных ценностей, конкурирующих с пьянством. Крайняя выраженность изоляции эмоций – резонерство А-зависимых («главное – спокойствие!», «истина – в вине» и т. п.).

● Всемогущество защищает больного от признания своих малых возможностей («Все могу, только денег на водку не хватает»).

● Реактивное образование обычно проявляется в форме экстравагантной культурности, предупредительности после запоя или какого-то проступка. Во внутреннем мире подчеркнутая «уважительность» заменяет вытесненный эгоизм, в межличностных отношениях позволяет избежать критики.

В драматическом треугольнике Карпмана алкоголик, его жена и терапевт попеременно играют роли Преследователя, Жертвы и Спасителя. Клод Штайнер (2003, 2004) описывает три игры, в которые играют алкоголики.

В игре «Пьяный и гордый» нет Спасителя, а Преследователь превращается в Простака, когда обнаруживает свое бессилие и глупость, согласившись поверить алкоголику «в последний раз». К психотерапевту такой алкоголик обычно приходит под конвоем жены, он ругает себя и хвалит терапевта. Когда напивается, то празднует победу в любом случае: если терапевт будет его ругать, значит, он Преследователь и надо пить ему назло; если он простит, то он Простак и можно не обращать на него внимания. Выходом из игры является заключение терапевтического контракта и безусловное его соблюдение.

Игра «Искатель приключений» разыгрывается на три роли: Алкоголик, Спаситель – брачный партнер и терапевт (часто он же Простак) и Посредник (он может быть подстрекателем, собутыльником, кредитором). В этой игре алкоголику не хватает супружеской ласки, он выпивает дома и затем уходит искать сексуального партнера. В эту депрессивную игру чаще играют женщины бальзаковского возраста, которым может помочь супружеская терапия или развод.

В игре «Забулдыга» алкоголик разрушает себя, провоцируя блюстителей закона помещать его в тюрьму или врачей – в

больницу. Они играют роль Посредников, от которых он получает помощь только в том случае, если окажется на грани смерти, – значит, у этих людей мало сочувствия. Эта игра возможна, пока карающая и медицинская модель не сменится социально-психологической.

Организация лечения. К специалисту обычно обращается член семьи аддикта. На подготовительном этапе расскажите пациентам и членам их семей о клинике, течении и механизмах А-зависимости. Заключите с пациентом индивидуальный терапевтический договор. Если А-зависимый отказывается от лечения, необходимы следующие шаги (Джонсон, 2012).

Избавьте инициатора терапии от чувства вины за «вынесение сора из избы» и от страха перед реакцией больного. Выясните у него, каково эмоциональное состояние семьи на данный момент. Какова история или сценарий употребления, включая периоды трезвости. Какова история предшествующего лечения, попыток вмешательства со стороны семьи. Какова степень пособничества и созависимого поведения в семье. Составьте список потенциальных участников «группы вмешательства» и затем попросите их о сотрудничестве.

Организуйте встречу группы, расскажите им о природе алкоголизма, анозогнозии, подчеркните, что сам больной не будет искать помощи и не сможет самостоятельно бросить пить, предскажите его будущее, объясните необходимость коллективного вмешательства. Замените проблему «Как мы можем изменить алкоголика?» на «Как мы можем изменить себя и свои отношения с пациентом таким образом, чтобы мы были довольны им?». Помогите участникам группы сообща отреагировать накопившиеся негативные чувства к пациенту, проработать свои переживания и решиться на риск конфронтации с больным.

Предложите каждому члену группы составить список алкогольных эксцессов, свидетелем которых он был и из-за которых у больного возникали проблемы; пусть участники обменяются своими списками и обсудят их. Помогите им сформулировать высказывания, входящие в список, таким образом, чтобы списки содержали точное описание событий, поведения больного, отношения участника к употреблению алкоголя, выражение его собственных чувств по этому поводу, пожеланий или положительного отношения к больному. Следите, чтобы участники команды не допускали обычных ошибок, когда один говорит за другого или о том, чего сам не видел; навязывает свое мнение, а не ищет истину; перемешивает факты, домыслы и собственные комментарии; высказывает угрозы, которые не

собирается осуществлять.

Выберите лечебные учреждения или сообщества АА (Анонимных алкоголиков), которые будут предложены больному. Наметьте время вмешательства (когда у больного возникает очередная кризисная ситуация) и место (в кафе или другом нейтральном месте, в присутствии терапевта). Пригласите больного на встречу, где члены «группы вмешательства» зачитают друг за другом свои списки и столкнут больного с его реальностью. На встрече пациента с командой под влиянием массы фактов, единодушного выражения озабоченности и симпатии он обычно соглашается с требованиями немедленно включиться в предлагаемое антиалкогольное лечение, выбрав из нескольких вариантов тот, который наиболее его устраивает.

Однако реже всего А-зависимый соглашается на лечение, чтобы превратиться в трезвенника. Обычно у него другие установки: прервать запой, отдохнуть от пьянства, улучшить самочувствие и настроение, «откупиться» пребыванием в больнице от недовольных им родственников, выйти с помощью врача из трудной ситуации. Как правило, решение о «сдаче» принимается импульсивно, вынужденно, в стационаре пациент «отдается» на волю врача, демонстрирует послушание, стремится получить поблажки и льготы, при этом пассивно сопротивляется лечению, в которое не верит и которого на самом деле не хочет.

При поступлении пациента на лечение выявите все проявления тенденции к саморазрушению, обратите особое внимание на половую жизнь больного, используйте реалистические предсказания, которые, сбываясь, повышают доверие к компетентности терапевта. Для уточнения клинической картины и выработки мотивации к терапии спросите пациента, в какой форме обычно происходит алкоголизация, постоянно или эпизодически, в качестве допинга или «за компанию». Сколько времени занимает поиск спиртного, его употребление, воздержание, возврат к норме. Каким образом пациент достает спиртное и сколько тратит на него, употребляет ли другие ПАВ (психоактивные вещества), какие и каким образом. Приходилось ли ему начинать утро с приема алкоголя для «опохмелки», часто ли он пьет по утрам. Были ли у него провалы в памяти, травмы головы, переломы ребер, автомобильные аварии, драки, прогулы, попадания в вытрезвитель, милицию, какие у него существуют профессиональные и семейные проблемы. Насколько часто близкие просили его бросить пить. Испытывает ли он раздражение, когда кто-либо критикует его за употребление алкоголя. Испытывает ли он иногда чувство вины в отношении своих выпивок. Пытался ли он сократить количество

принимаемого алкоголя.

При выборе формы психотерапии учтите следующие показания (Рязанцев, 1983).

Рациональная психотерапия (разъяснение, убеждение, обоснованные предписания) показана не осознающим свое заболевание, обиженным и разочарованным, умным «маловерам», неудачникам с комплексом неполноценности.

Директивная (императивная) психотерапия показана неспособным к рефлексии, инфантильным нетребовательным личностям, легко подчиняющимся постороннему влиянию.

Социальная психотерапия показана лицам, нуждающимся в перемене профессии, места работы, жительства, изменении семейных и производственных отношений, круга знакомств, в активной общественной деятельности.

Опосредованная психотерапия (препаратами и поддерживающей психотерапией) показана легковнушаемым, боязливым личностям; инфантильным «маловерам», «педантам» с тревожно-боязливым складом характера; нуждающимся в химических и психологических «костылях». При преобладании у больного образного мышления договоритесь о проведении курса условно-рефлекторной терапии.

Психологическая терапия показана нуждающимся в самовоспитании, в педагогической коррекции; в самоусовершенствовании (учеба, повышение квалификации; расширение кругозора и пр.); в освоении ремесел, увлечении творчеством и т. п.

Психотерапию А-зависимых затрудняют следующие психологические феномены (Гребенюк, 1999):

- диссимуляция (сокрытие или отрицание болезни), а затем отрицание каких-либо проблем, кроме алкоголизма;
- тотемическое мышление (наделение ПАВ и врача магической силой);
- диссоциация;
- опасное любопытство;
- иррациональная логика (оправдывающая потребление ПАВ);
- синестезия (синтез ощущений и эмоций, образов и мыслей, связанных с состоянием опьянения);
- искаженное понимание других.

В соответствии с приведенными феноменами ***терапевтическая программа*** может быть направлена на:

1) осознание психической картины опьянения;
2) формирование полярных личностных конструктов

«трезвость – опьянение»;

3) коррекцию пространственно-временных отношений индивидуального сознания;

4) закрепление мотива трезвого образа жизни в качестве смыслообразующего.

2-й этап – становление ремиссии. В стационаре А-зависимые играют в следующие игры:

- игра в «гориллу», или запугивание и шантаж окружающих возможностью рецидива;
- игра в «вечного клоуна» или «шутника», у которого нет проблем;
- разыгрывание сумасшедшего, сопровождающееся бравированием и демонстрацией психопатологических расстройств;
- разыгрывание роли помощника врача по отношению к другим больным с целью избежать отношения к себе как к обычному пациенту;
- проецирование на себя образа крайне хрупкого, слабого, ранимого, зависимого человека;
- разыгрывание роли образцового пациента с возложением ответственности за свое излечение на врача или, наоборот, оспаривание всех правил с целью уклонения от лечения;
- поглощенность спортом, музыкой, просмотром телепередач и тому подобными занятиями, с помощью которой демонстрируются свои, отличные от общих, цели пребывания в больнице.

В отношениях с больными учитывайте их тенденцию ставить терапевта в позицию легкомысленной фамильярности (Скрытый собутыльник) или полной ответственности за результат лечения (Спаситель). Специфической трудностью терапии является *анозогнозия* – отрицание больным наличия алкогольной зависимости. Помогите пациенту идентифицировать себя с другими больными и назвать себя «алкоголиком». После первой, обычно негативной, реакции такой ярлык оказывает положительное воздействие, так как предоставляет больному удобную объяснительную систему событий прошлого и определяет возможные перспективы будущего.

Для создания положительной терапевтической перспективы используйте психорисунок: пациент рисует две серии последовательных картин своей будущей жизни начиная от сегодняшнего дня: пьяной и трезвой. Первая серия рисунков размещается под углом вниз, вторая – вверх (Гребенюк, 1999).

Создавая целостные образы, измените типичное для больного убеждение «Я пью потому, что у меня тяжелая жизнь» на формулу «У меня тяжелая жизнь потому, что я пью». С помощью проективных рисунков, групповых дискуссий во время встреч с бывшими пациентами добейтесь того, чтобы больной с привычной для него категоричностью четко разграничил два стиля жизни: «Когда я пил» и «Теперь, когда я не пью». Это помогает принять новую самоидентификацию – «непьющего алкоголика».

Смена идентификации проходит следующие стадии (Ерышев и др., 2002):

1) я – алкоголик; у меня есть болезнь – алкоголизм;

2) алкоголизм лишает меня свободы, управляет моей жизнью; алкоголизм – только часть меня, он не захватил меня полностью;

3) алкоголизм – мой враг, я хочу справиться с ним;

4) я знаю, как справиться с алкоголизмом;

5) я – непьющий алкоголик, и в этом есть свои преимущества.

Помогите пациенту овладеть навыками психофизической регуляции с помощью прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону, что способствует облегчению аффективного и поведенческого самоконтроля. В состоянии релаксации используйте формулы самовнушения для репетиции уверенного поведения в проблемных ситуациях. Предложите пациенту тренироваться самостоятельно под аудиозапись в промежутках между сеансами. Используйте его склонность к образному восприятию, впечатлительность и повышенную внушаемость.

Перед проведением *гипносуггестивной терапии* выясните, какие запахи и вкусовые ощущения наиболее неприятны больному, и затем включите их в следующие формулы внушения: «Запах спиртного вам неприятен. Он напоминает вам запах… Когда вы ощущаете запах спиртного, вы чувствуете… Если вы сделаете глоток спиртного, во рту появится вкус… Когда спиртное попадает в горло, оно вызывает у вас чувство жжения. Спиртное обжигает, его невозможно проглотить. От него начинается спазм в горле, еще немного – и можно подавиться. Алкоголь разрушал ваш желудок, печень, сердце. Из-за пьянства вы превратились в больного человека. Алкоголь отравлял ваш мозг, разрушал ваши нервы, ослаблял волю, превращал вас в алкоголика. Теперь вам противно тянуть из этой бутылки с отравой. Вам стыдно быть похожим на ребенка с соской. Вы легко можете обойтись без водки, вина, пива и других спиртных напитков. Ваше решение бросить пить твердое и окончательное. Вы чувствуете себя достаточно сильным, уверенным, самостоятельным человеком, чтобы выполнить свое решение. Вам

легко поступать так, как подсказывает ваш разум. Вид пьющего человека с бутылкой, стаканом спиртного теперь оставляет вас равнодушным. Вы спокойно проходите мимо винных магазинов. Вы теперь непьющий, и это наполняет вас радостью и гордостью».

Нейролингвистическая терапия включает 7 шагов (Ковалев, 2012).

1. Попросите пациента сесть поудобнее и вспомнить ситуацию, в которой ему неудержимо хотелось принять ПАВ.

2. Предложите ему почувствовать себя в этой ситуации, и когда его ощущения достигнут пика, кивнуть вам.

3. Сразу после кивка на несколько секунд положите свою руку на колено (кисть руки, плечо) пациента. Повторите 2-й и 3-й пункты 5–7 раз, запоминая выражение лица, направление взгляда, позу и характер дыхания клиента в момент переживания им пика ощущений.

4. Для проверки прикоснитесь к месту постановки якоря: должны появиться обнаруженные в п. 3 проявления.

5. Пересадите клиента на другой стул (первый мог стать якорем влечения к ПАВ). Попросите его вспомнить ситуацию, в которой он страстно хотел трезвой жизни. Поставьте якорь на другом колене (кисти, плече), запомните проявления трезвой идентичности и проверьте второй якорь.

6. Одновременно нажмите на оба якоря и держите их до тех пор, пока не произойдет «соединение» идентичностей. При этом возникшая вначале асимметрия лица исчезает, пациент делает глубокий вдох или выдох, расслабляется.

7. Возникшее трансовое состояние используйте для внушения: «Ты сможешь найти такие варианты и способы поведения, которые будут удовлетворять тебя в такой же степени, как и наркотик»

3-й этап – стабилизация ремиссии. На этом этапе происходит изменение межличностных стереотипов и образа жизни, связанного с ними. В начале ремиссии обычно фрустрируются те потребности, которые раньше удовлетворялись с помощью алкоголизации. Чем больше потребностей было включено в эту схему, тем сильнее психическая зависимость и тем труднее происходит реадаптация больного к трезвости. Поэтому важно помочь А-зависимому найти «безалкогольные» способы удовлетворения потребностей.

На данном этапе терапии выделяют следующие проблемы (Ерышев и др., 2002).

● Нарушение самооценки, чувство вины (при этом следует различать реальную виновность и генерализованное чувство

вины, неполноценности).

● Избегание ответственности за свое поведение или, наоборот, взятие на себя ответственности за свое благополучие и благополучие своих близких.

● Ощущение изолированности от окружающих, отношения с которыми за время болезни стали поверхностными, манипулятивными.

● Больной не представляет себе общения, компании без употребления алкоголя.

● «Алкогольный» стереотип семейных отношений, при котором алкоголизация, рецидивы болезни являются закономерным звеном «порочного круга» отношений в семье.

● Аффективные расстройства и высокая тревожность как черта личности, что требует улучшения стиля общения и повышения значимости интересной деятельности.

Помогите пациенту осознать, что ПАВ было средством избавления от стыда и одновременно усугубляло чувство стыда в порочном круге «стыд – пьяное бесстыдство – еще больший стыд – усугубление пьянства». Пациент должен понять, что он может справиться с чувством стыда и без употребления ПАВ. Научите его справляться со стыдом, вызываемым его ощущением собственного бессилия. Помогите ему увидеть свое положение глазами других. Введите его в группу товарищей по несчастью, не стыдящих его. Помогите пациенту распознать и изменить поведение «сухого пьяницы», отражающее его стыд. Помогите «сорвавшемуся» алкоголику распознать его стыд, чтобы он мог возвратиться в сообщество выздоравливающих.

Такая же аддиктивная схема существует и относительно чувства вины перед окружающими. Не наказывайте пациента сами, но поддержите естественные последствия безответственного поведения и появление рационального чувства вины. Допустите, что пациент готов следовать общепринятым моральным стандартам, укажите на противоречия между этими стандартами и его поведением. Помогите ему понять, что употребление ПАВ стало средством защиты от чувства вины. Убедите пациента, что он может уменьшить чувство вины, прекратив употреблять ПАВ. Подтолкните его к формированию морально ответственного стиля жизни, который позволит минимизировать чувство вины, испытываемое им в трезвом состоянии. Помогите предотвратить срыв, предвидя чрезмерное чувство вины, сопровождающее начальную стадию трезвости. Подтолкните выздоравливающего к возмещению ущерба, нанесенного им близким, как части процесса полного

выздоровления. Побудите пациента производить регулярный пересмотр его ценностей и выборов, чтобы поддержать его решимость отказаться от употребления алкоголя (Поттер-Эфрон, 2002).

Поддерживающая терапия заключается в адаптации больного к трезвому образу жизни, помощи в установлении новых отношений в семье, на работе, в общении с друзьями, выработке нового стереотипа проведения досуга. Поддерживающая терапия проводится в различных формах: индивидуальной, супружеской, семейной, групповой (группы поддержки, клубы бывших пациентов при лечебных центрах, общества Анонимных алкоголиков). Эта работа обычно занимает от 6 до 12 месяцев и включает в себя исследование чувств, внутренних и межличностных конфликтов, коррекцию заблуждения, что выпивать «понемногу» можно.

Когда А-зависимый в результате лечения прекращает пить, он испытывает эйфорию и уверен, что справится со всеми своими проблемами, хотя существенного изменения отношения к употреблению алкоголя еще не произошло. Заранее предупредите пациента о возможности переоценки им своих сил, а возникший срыв используйте для того, чтобы он смог осознать, что еще не научился выходить из стресса без алкоголя.

Рецидивы болезни связаны со следующими факторами:

- недостаточностью компенсаторных возможностей, ригидностью «алкогольных» стереотипов поведения, препятствующих адаптации к трезвой жизни;
- состоянием эйфории, необычайной уверенности в своей вновь обретенной трезвости, переоценкой своих возможностей;
- отсутствием необходимого понимания и эмоциональной поддержки со стороны семьи, друзей, сослуживцев и недостаточностью и неустойчивостью собственной мотивации пациента.

Для профилактики рецидива имеют значение следующие ***признаки риска срыва*** (Королев, 2000).

1. Выздоравливающий испытывает трудности с ясным мышлением, ему сложно удержать в памяти цифры, события и даты.
2. Отмечаются частые колебания настроения либо вспыльчивость, без видимой причины появляются чувства стыда, вины, безнадежности.
3. Наблюдаются нарушения сна, спотыкания, частые порезы, мелкие ожоги (например, сигаретами).
4. У пациента возрастает озабоченность самочувствием:

физический дискомфорт, самолечение различными таблетками, многократные медицинские обследования. В то же время на расспросы окружающих о своем состоянии пациент дает стандартный ответ «все нормально». Когда ему задают прямые вопросы о самочувствии, он уклоняется от честного ответа.

5. У пациента появляется слепая убежденность в том, что он никогда не будет пить, и склонность переживать за других, вместо того чтобы беспокоиться о себе, тенденция переводить разговоры о нем на другую тему.

6. Появляются навязчивые мысли о возможности употребления алкоголя, появление в местах застолий, празднеств, восстановление связей с пьющими приятелями, возможно, приобретение и хранение алкоголя. Возникает тенденция к импульсивным поступкам.

7. Он избегает доверительных отношений и одновременно болезненно переживает свою изоляцию.

8. Пациент начинает сталкиваться с многочисленными жизненными проблемами, вызванными отрицанием личных чувств, самоизоляцией и пренебрежением программой выздоровления. Даже если он хочет решить их и упорно работает над этим, на месте одной проблемы появляются две новые.

9. У него резко ограничивается способность видеть в жизни что-либо, кроме своих неудач, появляется ощущение безнадежности, подавленность, апатия, возникают мысли о бесцельности будущего, исчезает способность планировать его.

10. Пациента «несет» по жизни; он уходит в беспочвенные фантазии о «чудесном повороте судьбы», «волшебном средстве» или «могущественном спасителе».

11. Появляются периоды замешательства, дезорганизации мышления и поведения, хаоса мыслей и чувств, пациенту трудно соблюдать обычный распорядок дня.

12. Бессонница сочетается с дневной сонливостью, чередуются приступы переедания и отсутствие аппетита.

13. Чрезмерная возбудимость и раздражительность становятся повседневными состояниями.

14. Отмечается крайняя степень неудовлетворенности жизнью во всех ее сферах, вплоть до ненависти к самому себе.

15. Нарастает чувство бессилия и беспомощности перед лицом происходящего.

16. Подавленность становится тяжелой и неотступной, больной не может игнорировать и скрывать ее от окружающих.

17. Временами у него появляются мысли о «контролируемом» употреблении алкоголя или наркотиков для улучшения настроения.

18. Пациент нерегулярно посещает собрания АА и назначенные приемы у врача-консультанта, отказывается от помощи.

19. Сознательная ложь самому себе и окружающим становится обыденной, но иногда пациент вдруг с ужасом понимает, какой неуправляемой стала его жизнь, насколько тяжелы его проблемы и как мало у него сил и контроля для решения любой из этих проблем.

20. Он убежден, что ему уже никто и ничто не поможет, в своем поведении бездумно следует внешним стимулам.

21. Жалость к себе нарастает, душевная боль становится невыносимой.

22. Пациенту представляется, что существует только три выхода: безумие, самоубийство или пьянство.

23. Он прекращает всякое лечение и членство в обществе АА и возвращается к «контролируемой» алкоголизации («От ста грамм ничего не будет»).

24. Стыд и вина за употребление алкоголя нарастают, усугубляя тяжесть симптомов, возобновляются запои и похмелье.

25. Жизненные трудности и проблемы со здоровьем возвращаются в умноженном виде.

4-й этап – психотерапия личностных расстройств начинается только после 1–2 лет соблюдения полной трезвости, чтобы избежать повышения уровня тревоги, которое могло бы спровоцировать рецидив. Мишенями терапии становятся такие особенности А-зависимых, как внутренняя напряженность, импульсивность, категоричность, ригидность установок и нетерпимость к окружающим, различные формы аддиктивного поведения, недостаточное осознание собственных чувств и побуждений, особое отношение к алкоголю (борьба с пьянством или спаивание других). Когда указанные личностные защиты становятся недостаточными, у больного нарастает чувство тревоги, неудовлетворенности, появляются дополнительные личные проблемы, которые побуждают его возобновить психотерапию. Совместите ее с терапией личностных расстройств и неврозов и направьте на развитие личности, формирование более открытых, гибких отношений с окружающими, осознание и принятие пациентом себя и своих потребностей.

Групповая психотерапия особенно показана аддиктам, которые нуждаются в коллективном сопереживании, в общении для снятия или облегчения эмоционально-волевого напряжения, в поддержке группы и в коллективной опеке и внимании. *Противопоказаниями* являются выраженная психопатизация и

деградация личности. Наиболее предпочтительна закрытая группа до 10 человек одного пола, гетерогенная по возрасту, социальному и семейному положению участников. В ней формируется прочная атмосфера эмоциональной поддержки, благодаря которой пациент занимает более активную, включенную позицию.

На групповых встречах анонимно обсуждаются конкретные истории болезни, наиболее типичные и понятные. Член группы, страдающий алкоголизмом, рассказывает о своей болезни, а затем вся группа обсуждает его исповедь. Пациента, у которого возник рецидив, опрашивают в присутствии всей группы. Жена нового участника рассказывает о его пьянстве. Бывший больной рассказывает о своей болезни, выздоровлении, формировании прочных установок на трезвость. Просматриваются и обсуждаются специальные фильмы. Читаются небольшие рассказы, статьи, заметки, затрагивающие тему пьянства. Для обсуждения используются также психорисунки и семейные скульптуры, с помощью которых больные отреагируют свои переживания, обнаруживают неосознанные мотивы и тенденции, ищут новые формы поведения.

В связи с выраженным сопротивлением пациентов, их анозогнозией и антитерапевтическими установками применяйте директивные техники: руководите психотерапевтическим процессом, направляйте ход дискуссии, сдерживайте неконструктивные эмоциональные реакции, настойчиво побуждайте к совместной выработке решений. В то же время не ведите себя авторитарно: не опережайте ход терапевтического процесса, не навязывайте своих интерпретаций, не проявляйте агрессии и не сосредоточивайте на себе эмоциональные связи между членами группы. В противном случае пациенты попадают в выраженную зависимость от терапевта и оказываются не способны самостоятельно решать стоящие перед ними задачи. Дальнейшую работу направьте на решение личностных и социально-психологических проблем, препятствующих сохранению трезвости. Привлеките к ней пациентов, имеющих мотивацию к работе над собой и необходимые психологические ресурсы (Рязанцев, 1983).

Проводите следующие ***ролевые игры*** (Гребенюк, 1999).

«Шахматная доска». Больной играет роль шахматного короля, который попал в трудное положение. Он обозначает своих значимых других шахматными фигурами и просит их о помощи.

«Волшебная лавка» позволяет больному и членам его семьи осознать свои роли и потребности в патологических взаимодействиях, предполагающих потребление ПАВ. Психолог

раскладывает на столе карточки, на которых написаны позитивные черты характера и ценности. Покупатель обменивает на них не устраивающие его в себе качества.

«Запретный плод». Группа усаживается в круг, терапевт бросает на середину бумажку и запрещает ее поднимать. Затем терапевт вместе с группой начинает уговаривать каждого по очереди поднять бумажку, ассоциируя ее с ПАВ и подражая собутыльнику или продавцу наркотика. Если больной поднимает бумажку, терапевт лишает его Воли, роль которой начинает играть дублер. Игра повторяется, дублер вслух отказывается поддаться уговорам. В заключение все члены группы принимают обязательство отказаться от роли безвольного человека.

«Барьеры» представлены двумя наборами карточек. Первый набор представляет типичные ситуации, вызывающие срыв у больного в ремиссии. Второй набор описывает поведение значимых других, которое может спровоцировать такой срыв. Вначале терапевт обсуждает с больным его реакции на провоцирующие ситуации в будущем, затем с членами семьи – ситуации, в которых они могут подталкивать больного к срыву (например, отказ жены давать мужу карманные деньги).

Общество Анонимных алкоголиков (АА) состоит из сотрудников, пациентов и консультантов – людей с А-зависимостью, воздерживающихся в течение длительного срока и применяющие принципы программы «12 шагов» во всех своих делах. Члены сообщества на собственном примере подкрепляют как опасения больного, так и его оптимистические ожидания. Сотрудник лечебного центра является моделью выздоровления; взаимоотношения между сотрудниками являются моделью взаимоотношений для пациентов. В ходе лечения не применяются медикаменты (пациенты поступают на лечение после детоксикации, если в ней есть необходимость). Формируется критическое отношение к болезни. Больного побуждают выражать чувство вины, не опасаясь осуждения. Больной вынужден проявлять инициативу, ответственность, что приводит к формированию внутреннего локуса контроля. Важнейшими терапевтическими факторами являются идентификация с выздоровевшими и забота о новых больных, для которых надо быть образцом.

Собрания общества протекают в четырех формах: выступления докладчиков на открытых собраниях, на которые допускаются все желающие; закрытые встречи в небольших группах, где участники делятся мыслями и переживаниями личного характера; закрытые и четко регламентированные занятия, на каждом из которых зачитывается и обсуждается одна

глава из «12 шагов и 12 заветов»; собрания для новичков, которым помогают выбрать куратора – члена общества АА с длительным сроком воздержания. В его задачи входит дружеское общение с новичком, разъяснение ему принципов программы организации, практические советы по воздержанию от спиртного, психологическая поддержка на начальных этапах воздержания и личный пример.

Предложите вступающему в общество АА воздерживаться от употребления ПАВ, регулярно посещать собрания общества, найти себе куратора, избегать резких жизненных перемен и новых интимных связей. Объясните пациенту, что А-зависимость – семейное расстройство; легче справиться с ним в обществе АА, среди людей, имеющих те же проблемы и использующих эффективные средства для их решения. А-зависимость развивается на телесном, психологическом, социальном и духовном уровнях. Окончательное физическое выздоровление, а также умеренное и контролируемое употребление алкоголя невозможно, однако можно освободиться от психологической зависимости. Для этого необходимо полностью отказаться от употребления ПАВ. Возврат к употреблению ПАВ после длительного периода воздержания влечет за собой последствия еще более тяжкие, чем до перерыва: передозировки, несчастные случаи и самоубийства. К алкоголизации побуждают состояния голода, злости, одиночества и усталости. Выздоровление понимается как постоянный процесс работы над собой, ведущий к улучшению качества жизни; этот процесс описан ***12 шагами***.

1. Мы зависим от алкоголя, потеряли самоконтроль.
2. Мы верим, что есть силы, возможности которых больше наших собственных.
3. Мы верим в Бога (как мы Его понимаем). Используется молитва римского императора Марка Аврелия: «Боже, дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество – то, что могу, и мудрость – отличить одно от другого».
4. Мы видим глубину своего падения и принимаем на себя ответственность за это.
5. Мы хотим исповедоваться в своих грехах.
6. Мы готовы совершенствоваться.
7. Мы смиренно молим об исправлении.
8. Мы перечисляем тех, кому причинили зло, и готовы искупить свою вину.
9. Мы возместили причиненный близким ущерб.
10. Мы признаем повторение своих ошибок.
11. Мы находим силы в Боге, как мы Его понимаем, для новых и новых попыток самосовершенствования.

12. Мы больше уважаем себя, когда помогаем друг другу освободиться от алкогольной зависимости.

Терапия творческим самовыражением (Бурно, 2002) включает создание творческих произведений; творческое общение с природой; творческое общение с литературой, искусством, наукой; творческое коллекционирование; проникновенно-творческое погружение в прошлое; ведение дневника, записной книжки; творческие путешествия; творческий поиск одухотворенности в повседневных вещах. Термин «творческий» означает здесь осознанное, прочувствованное привнесение своей индивидуальности в собственную жизнедеятельность, позволяющее осознать свою самобытность, ощутить свое отношение к миру, найти полезное применение своим способностям, сделаться духовно богаче. Членов терапевтической группы сплачивает общее стремление раскрыть свою неповторимость. Группы являются открытыми, в них входит 8–12 человек. Групповые встречи продолжаются 2–3 часа, они происходят раз в 1–2 недели в уютной обстановке за чашкой чая под тихую музыку.

Периодически обсуждайте рассказы, в которых присутствует тема пьянства. Однако наибольшее внимание уделяйте творческому восприятию художественных произведений, коллекционированию, участию в драматических постановках, исполнению музыкальных и вокальных произведений, собственному художественному творчеству: сочинению стихов и рассказов, рисованию и живописи, фотографированию, созданию различных поделок и т. п. При проведении терапии учитывайте личностные особенности пациентов.

Аутистические алкоголики – замкнуто-углубленные, прячущие в себе нереализованную духовность, творчески обнаруживающуюся в символических образах сновидений, общении с искусством, природой. Они почти не грубеют личностно, сохраняют свою самобытность, оригинальность.

Эмоционально лабильные больные проявляют черты инфантильности, они обидчивы, конфликтны, демонстративны, достаточно умны и избирательно внушаемы. Большое впечатление производит на них групповая беседа об алкогольной деградации личности. Убедите их, что механизм болезни действует независимо от дозы и частоты приема алкоголя. В гипнозе используйте образные, эмоционально насыщенные формулы внушения, которые имеют логичный, доказательный характер и подчеркивают трагичность заболевания. В поддерживающих беседах актуализируйте осознание больным

своего заболевания, подкрепляйте опасения его пагубного влияния.

Для простодушных алкоголиков характерна преморбидная органическая акцентуация характера, грубовато-нежная душа, доверчивость, сочетание инертности и взрывчатости, благородства и обидчивости. Это смекалистые умельцы, близкие к природе, жалостливые и глубоко откликающиеся на заботу. Им хорошо помогают гипнотические сеансы с проникновенно-задушевными и в то же время строгими пожеланиями трезвой жизни, участие в клубе трезвости, которым руководит психотерапевт, выполняющий роль отца-спасителя, трезво живущего ради своих детей.

Авторитарные (эпилептоидные) алкоголики в преморбиде характеризуются возбудимой акцентуацией с крайней обидчивостью, вспыльчивостью и злопамятностью. Алкоголь служит смягчению душевной напряженности от невозможности реализовать стремление к власти. Рано возникают тяжелые, длительные запои с мощной тягой к спиртному. В похмелье усиливаются вспыльчивость, подозрительность, стремление командовать окружающими, причинять им боль. Используйте самолюбие больного, подчеркивая при этом, что люди судят о больном не по тому, каким он старается себя показать, а по его поступкам. С учетом склонности больных к рассуждательству и эгоцентризму корригирующие формулы внушения должны быть логично убедительными, а выводы из этих внушений – насыщенно эмоциональными. Они отличаются высокой порядочностью, стремлением к справедливости.

Используйте эти черты для помощи пациенту в выборе профессии – например, работы в силовых структурах, или хобби – например, дрессировки крупной собаки, которая может стать единственным существом, отвечающим хозяину благодарностью и беспрекословным послушанием. Проявляйте безусловное уважение к больному, избегайте малейшей конфронтации. Признавайте такие его положительные качества, как стойкость, постоянство взглядов и желаний, но обращайте внимание на то, что они могут вредить больному, включаясь в его алкогольное поведение.

Ювенильные алкоголики в преморбиде – неустойчивые личности с особой предрасположенностью к алкоголизму. Похмельные симптомы и запои часто возникают уже через несколько месяцев пьянства, поэтому среди представителей этой группы много молодых алкоголиков. Воля такого человека навсегда остается детской, он не способен выполнять своих клятв и обещаний. Приходится довольствоваться возможностью

продлить воздержание хотя бы на несколько дней. Больные легко внушаемы, что облегчает суггестивную терапию, однако приводит к быстрому срыву под влиянием собутыльников. Формируйте у них на повторных сеансах гипноза избирательную внушаемость, императивно подчеркивая, что в ситуациях соблазна они будут слушать собственную гордость и голоса близких, а не иные авторитеты. Повторяйте сеансы выработки тошнотно-рвотной реакции на алкоголь, избегая морализации при очередном срыве и учитывая его обстоятельства при проведении внушения.

Астенические[99] *алкоголики* в преморбиде отличаются застенчивостью, они ранимы и раздражительны, быстро истощаются и демонстрируют истерические реакции. Часто они скрывают нежность и хрупкость своего внутреннего мира за искусственной развязностью, показной заносчивостью и холодностью.

Синтонные алкоголики обладают до болезни циклоидным[100] характером: они поверхностно общительные, остроумные, быстро, но поверхностно увлекающиеся. Если у них преобладает жизнерадостность, они обходятся без запоев, из-за чего окружающие не считают их алкоголиками. Часто они не заботятся о своем здоровье, разрушаемом спиртным, однако из-за нежелания огорчать близких людей могут подолгу воздерживаться от пьянства.

Выработайте у этих больных четкое понимание, что собутыльники ценят их в основном как источник увеселения. Обратите внимание больного на недооценку им определенных важных моментов его жизни. С помощью наводящих вопросов дайте больному почувствовать, как тягостно его поведение для жены и детей. Чтобы предотвратить характерную для этих личностей депрессивную реакцию во время осознания болезни, сразу же приступите к выработке стратегии выхода из создавшейся ситуации и включите пациента в терапевтическую группу (Бурно, 2006; Павлов, 2006).

Семейная терапия показана при желании больного и членов его семьи сохранить семью, при наличии семейных конфликтов, выраженных невротических проявлениях у членов семьи, недостатке правильных представлений об алкоголизме и неадекватном поведении с больным (созависимом, безразличном, манипулятивном).

Семьи больных алкоголизмом делятся на три типа, требующие разной тактики семейной терапии. В семье с ранее доброжелательными отношениями без нарушения системы семейного взаимодействия после разрешения конфликта, связанного с алкоголизмом, закрепите установку больного к

трезвости и повысьте уверенность жены в возможности длительной ремиссии у мужа.

Семья с ранее доброжелательными отношениями, но с нарушением системы семейного взаимодействия, обусловленным последствиями алкоголизма, нуждается в целенаправленной психокоррекционной работе по устранению конфликтов, связанных с последствиями алкоголизации.

Семье, в которой конфликтные отношения и разногласия по основным аспектам семейной жизни обострились после ослабления или разрешения алкогольного конфликта, показана реконструкция всей системы взаимодействий для улучшения психологического климата в семье.

В семейной терапии учитывайте позицию значимых других, которые могут быть включены в игру «Алкоголик» по Берну (2005). Близким следует отказаться от ролей Преследователя, Спасителя или Жертвы, перестать избегать подлинной близости (жене – в том числе и сексуальной). Будьте готовы к тому, что в семье переставшего пить больного вскоре образуется пустота, которую раньше заполняла игра «Алкоголик». В это время семья оказывает на пациента неосознанное давление с целью возобновить прежнюю игру, поэтому необходимо заранее разработать программу содержательного времяпровождения не только для него, но и для его семьи.

В ***задачи семейной терапии*** входят:

- семейная диагностика, формирование готовности к сотрудничеству с врачом и привлечение к лечению больного членов его семьи;
- повышение информированности семьи по проблеме алкоголизма, выработка правильных представлений о болезни;
- разрешение конфликта, связанного с пьянством, и формирование у больного установки на трезвость;
- коррекция ролевых отношений, лечение невротических расстройств и созависимости членов семьи;
- обучение членов семьи адекватным способам реагирования и поведения;
- разрешение текущих семейных конфликтов и закрепление установки больного на трезвость в ремиссии;
- реконструкция всех дисфункциональных семейных отношений.

Для обучения членов семьи распознаванию ранних признаков рецидива используйте психообразовательные методы. Приглашайте родственников на занятия вместе с больными, прекратившими алкоголизацию. Научите членов группы

распознавать депрессию, переживания гнева и одиночества, являющиеся пусковыми факторами рецидива. Затем разбейте группу на подгруппы, в которых прорабатывайте новые подходы к решению проблем, связанных с воздержанием.

У жен А-зависимых наблюдается склонность к эмоциональной неустойчивости, несовпадение вербальных и невербальных компонентов отношения к мужу. Так, на вербальном уровне жена воспринимает трезвого мужа как игнорирующего ее, характеризует его как скучного и слабого. На эмоциональном уровне она воспринимает мужа, находящегося в состоянии алкогольного опьянения, как сильного, неожиданного, яркого, сексуально привлекательного мужчину. В период терапевтической ремиссии жена, привыкнув единолично решать все семейные проблемы, не решается делить их с мужем. Он, в свою очередь, занят в основном реабилитацией по месту работы и сводит свои семейные обязанности к минимуму, что вызывает недовольство жены. В результате в семье нарастает эмоциональное напряжение, приводящее к оживлению влечения к алкоголю.

Групповые занятия с женами пациентов вначале проводите параллельно с групповой терапией больных. Организуйте свободные дискуссии на темы алкоголизма как болезни, предвестников рецидива и т. п. На этапе стабилизации ремиссии объедините пациентов и их жен в группы супружеских пар для разрешения конфликтов, вызванных пьянством. Начинайте групповые встречи с самоотчетов, фокусированных на отношении больных к своей болезни и поддерживающей терапии, а также на проблемах формирования новых взаимоотношений в семье. Особое внимание обращайте на способность супругов чувствовать душевное состояние друг друга, на умение поставить себя на место супруга в трудных ситуациях. С этой целью применяйте различные невербальные методики, ролевые игры, позволяющие выявить возникающие у членов группы проблемы и найти способы их решения. Разыгрывайте типичные проблемные ситуации: прием гостей, встреча с бывшими собутыльниками, позднее возращение домой и т. п. Обмен супругов разыгрываемыми ролями приводит к росту эмпатии и к пониманию мотивов поведения друг друга. На более поздних этапах существования группы возможны элементы клубной работы: организация совместного досуга, обсуждение кинофильмов и книг, совместное проведение отпусков (Ерышев и др., 2002).

Наркотическая зависимость

Табачная зависимость, требующая лечения, отмечается у каждого четвертого курильщика. Для лечения никотиномании используется жевательная резинка с блокатором никотина лобелином, а также препараты, содержащие малые дозы никотина, облегчающие явления абстиненции. К ним относятся: жевательные таблетки с никотином, никотиновый ингалятор, интраназальный никотиновый спрей и накожный никотиновый пластырь. Пунктуальным пациентам могут помочь следующие рекомендации.

● Не курите натощак, старайтесь как можно дальше отодвинуть момент закуривания первой сигареты. Не курите за 1,5–2 часа до приема пищи. Не курите сразу после еды. При возникновении желания закурить повремените с его реализацией и постарайтесь чем-нибудь себя занять или отвлечь. Перед курением занесите в дневник время, место, свои мысли и занятия на тот момент, затем сделайте 10 отжиманий, затем минуту смотрите на картинку с изображением больных легких.

● Постарайтесь заменить курение легкими физическими упражнениями или прогулкой. Замените сигарету стаканом сока, минеральной воды, жевательной резинкой, несладкими фруктами. Всякий раз, беря сигарету, кладите пачку подальше от себя. Не носите с собой зажигалку или спички. После каждой затяжки опускайте сигарету. Перестаньте глубоко затягиваться. Выкуривайте сигарету только до половины. Прекращайте курить, как только в вашем присутствии кто-нибудь закурит.

● Покупайте каждый раз не больше одной пачки сигарет. Покупайте сигареты разных марок, не только свои любимые. Старайтесь как можно дольше не открывать новую пачку. Курите стоя или сидя на неудобном стуле. Не курите, когда руки заняты каким-либо делом. Перестаньте курить на работе. Перестаньте курить в квартире. Не курите на улице. Не курите, когда ожидаете чего-то (телефонного звонка, автобуса на остановке и т. п.). Не курите, когда смотрите телевизор, слушаете музыку, пьете кофе и т. д.

● В часы отдыха выбирайте наиболее приятное для вас занятие, но не курите. Когда у вас кончились сигареты, ни у кого их не просите. Отказывайтесь от каждой предложенной вам сигареты. Вначале предложите пациенту выбрать 3–4 самых легких для него правила. Когда он начинает постоянно их соблюдать, перейдите к следующему – и так до тех пор, пока самоконтроль не укрепится настолько, что человек сможет отказаться от курения вообще.

Противораковое общество США предлагает два рецепта отказа от курения.

Рецепт 1. Примите решение выкуривать одну сигарету в час. Затем постепенно увеличивайте интервал без курения на полчаса. Затрудните себе доступ к сигаретам – например, оберните пачку скотчем. Держите сигарету другой, непривычной для вас рукой. Покупайте сигареты, которые вам особенно неприятны. Не покупайте больше одной пачки. Измените условия курения: откажитесь от места, где вы любите курить, от сигарет с кофе. Сообщите близким, друзьям, коллегам, что вы намерены бросить курить. Если вы не курите один день, можете не курить еще один. Попробуйте! Если вы не выдержали и закурили, не огорчайтесь. Попытайтесь еще раз.

Рецепт 2. Каждый день курите на одну сигарету меньше. Каждый раз перед выкуриванием сигареты принимайте по этому поводу специальное решение. Оттягивайте каждое курение. Носите с собой только одну сигарету, и вы убедитесь, что стремитесь не израсходовать ее. Откажитесь от курения хотя бы на один день. Затем еще на один. И так день за днем. Сообщите окружающим о вашем намерении прекратить курение. Публичное заявление укрепит вашу решительность и ответственность. Назначьте себе точное время, когда вы прекратите курить, и сделайте это. Спрячьте все связанное с курением: сигареты, зажигалки, пепельницы. Переставьте мебель в комнате, где вы курите особенно часто. Запаситесь жевательной резинкой, карамелью, семечками, орехами – чем-нибудь, что вы любите, и используйте это, когда захочется закурить.

При проведении гипносуггестивной терапии пациента с никотиновой зависимостью выявите, какие запахи и вкусы являются наиболее неприятными для него, и затем примените следующие формулы внушения:

«Когда вы ощущаете запах табачного дыма, вы чувствуете запах… Когда ваш рот наполняется табачным дымом, во рту появляется вкус… Когда табачный дым попадает в горло, он

вызывает у вас чувство жжения, как будто тысячи мелких иголочек колют легкие. Внутри саднит, печет, начинается неудержимый кашель. Вы задыхаетесь в табачном дыму, им невозможно дышать. Копоть от табачного дыма осаждается на легких, воспаляет, разрушает их. Из-за курения вы часто кашляли, легко простужались, болели. Никотин отравлял ваш мозг, разрушал ваши нервы, ослаблял вашу волю. Вам противно и стыдно сосать эту соску для слабонервных взрослых. У вас хватит сил и решимости навсегда бросить эту вредную привычку – курить. Ваше решение бросить курить – твердое и окончательное. Вам легко обходиться без курения. Без него вы чувствуете себя свободным и самостоятельным. Вид курящего человека вызывает у вас лишь снисходительную улыбку. Вы спокойно проходите мимо табачных киосков. Вы теперь некурящий, и это наполняет вас радостью и гордостью».

Кофеинизм. Злоупотреблением считается потребление 4–5 чашек кофе в день (0,5 г кофеина) при весе 70 кг. При формировании зависимости одна чашка кофе уже не повышает тонус, не поднимает настроения, не вызывает ощущения прилива тепла в теле, не дает мочегонного эффекта. Через 12–16 часов после последнего употребления кофеина (в виде кофе, какао, шоколада, чая или колы) появляются головная боль, мышечное напряжение, раздражительность, тревога и утомляемость. Наблюдаются также снижение настроения, сонливость или бессонница.

Для выхода из кофеиновой зависимости порекомендуйте пациенту найти замену стимулирующему действию кофе и постоянно следить за тем, чтобы доза кофеина не превышала индивидуально переносимую. Заменить несколько приемов кофе другими любимыми напитками без кофеина или кофе без кофеина. В свободные дни полностью отказаться от кофе, затем выделить один рабочий день без кофе.

Кокаин получают из листьев кустарника кока, из соли кокаина получают крэк – хрупкие пластинки, которые разламывают на кусочки и используют для курения. Кокаин растормаживает сексуальные и агрессивные влечения, облегчая наркоману контакт с основными слоями своей личности, без чего он не чувствует себя реально живым. Зависимость возникает через 2–3 недели при вдыхании и курении и после первых же внутривенных вливаний, проявляется в сильном желании повторить ощущения. Хронические больные запускают учебу, прекращают работать, конфликтуют с окружающими. Многие кокаинисты галлюцинируют, находятся под действием бреда преследования, постоянно носят с собой оружие. У них

нарушается внимание, мышление становится резонерским, банальным, отмечается грубая переоценка своей личности. Появляются сексуальные перверсии: гомосексуализм, садистические формы педофилии и геронтофилии (влечения к пожилым). Через 1,5–2 года потребления наблюдается выраженный регресс психики. Речь становится односложной, появляется грубость, вспыльчивость, злобность, эгоистичность. Больные бездеятельны, грязны, запущены, ведут паразитический образ жизни, продают домашние вещи, не заботятся о детях, нередко кончают жизнь самоубийством.

К стимуляторам относятся также ***амфетамины***. Эти препараты устраняют чувство пустоты и отсутствия радости жизни, снимая внутреннее напряжение и создавая ощущение активного и агрессивного овладения миром. Стимуляторы избавляют от вялости, апатии или гиперактивности, которые являются проявлениями слабых или раздутых структур Эго-идеала у депрессивных и нарциссических личностей. Исследуйте четыре направления поиска новых ощущений: потребность в физическом риске и приключениях, в новом жизненном опыте, в растормаживании и снятии социальных запретов, в преодолении скуки восприятия. В заключение найдите безопасные способы удовлетворения этих потребностей и резко отмените стимулятор наряду с проведением симптоматической терапии.

Экстази – общее название группы синтетических наркотиков, производных амфетамина (MDMA – «Адам», MEDA – «Ева» и др.). Некоторые из них оказывают галлюциногенный эффект. Продаются в ночных клубах, на дискотеках в виде цветных капсул, часто с рисунком. Экстази возбуждает, а со временем разрушает клетки мозга, вырабатывающие серотонин, ускоряет реакции, обостряет ощущения, повышает сексуальную активность, дает возможность долго обходиться без еды, сна и отдыха. Во время длительного напряженного танца температура тела может подняться до 40 градусов, что чревато внутрисосудистым свертыванием крови. Психическая зависимость возникает очень быстро, вскоре препарат приходится принимать, чтобы выполнять обычную работу. При этом прежней эйфории уже не возникает, вместо нее наблюдаются тревога, страх, панические состояния, дисфорические реакции, возможна суицидоопасная депрессия. Длительный прием наркотика приводит к истощению нервной системы и дистрофии внутренних органов, значительным неврологическим нарушениям, вплоть до кровоизлияний в мозг. Препарат пагубно влияет на геном человека и, соответственно, на его будущее потомство.

Злоупотребление ***транквилизаторами*** связано с их широкой

распространенностью и облегченным доступом к ним, распространенностью самолечения. При приеме 3–4 таблеток появляется эйфория, подъем сил, собранность, активность. Ощущаются волны приятного тепла, поглаживание кожи, легкость, парение. Зависимость обычно развивается через 1–2 года систематического приема препарата. Хронические больные испытывают дисфорию, депрессию с суицидными тенденциями. У них резко падает физическая и умственная работоспособность, выражена моральная деградация. Больные теряют работу, воруют, подделывают рецепты. Лицо становится маскообразным, речь и движения замедлены, нарастает вялость, происходит мнестико-интеллектуальное снижение.

При злоупотреблении ***снотворными препаратами*** чаще всего используют барбитураты и ночные транквилизаторы. В ряде случаев злоупотреблению предшествует привыкание к назначенным врачом снотворным, развивающееся у людей с нарушенным сном. Барбитураты избавляют от чувств страха, гнева, стыда, неудовлетворенности, неполноценности; они помогают преодолеть чувство одиночества, пробуждают стремление к симбиотической связи с заботливой сильной личностью.

У хронических больных выражена утомляемость, истощаемость внимания, недостаточная способность к концентрации. Сужается круг интересов, наблюдается эмоциональная неустойчивость, дисфории, депрессия. Наблюдается расстройство артикуляции и координации движений, нарастает отупение. Абстинентный синдром длится до 5–7 недель, долгое время отсутствуют инициатива, аппетит и сон, развивается апатическая депрессия с суицидными мыслями. Половину всех попыток самоубийства составляют острые отравления барбитуратами, каждый десятый больше не просыпается.

Анальгетики и антигистаминные средства. Свободно отпускаемые в аптеках анальгин и фенацетин вызывают эйфорию. Интоксикация вызывает колебания настроения от веселой дурашливости до дисфории. У хронических больных нарушена артикуляция, кисти рук дрожат, походка неуверенная. Через несколько лет злоупотребления ухудшаются память и интеллект, заметно снижается уровень личностного функционирования, может развиться эпилепсия. Антигистаминные препараты димедрол и пипольфен назначают для лечения аллергических заболеваний. Они обладают слабым успокаивающим и снотворным действием. Интоксикация сопровождается головокружением, головной болью, сухостью во рту, тошнотой.

Описан делирий и психоорганический синдром.

К ***галлюциногенам*** относятся ЛСД (синтетический наркотик диэтиламид d-лизергиновой кислоты), также в эту группу входят разные по химическому составу вещества, в том числе и натурального происхождения. Они отличаются от остальных ПАВ тем, что вызывают не столько эйфорию, сколько расстройство сознания, восприятия и мышления с явлениями психического автоматизма и наплывом галлюцинаций. Галлюциногены приводят к разрушению высших психических функций, избавляя наркомана от ощущений пустоты, отсутствия смысла и неудовольствия, связанных с наличием этих функций. На смену приходят архаические фантазии с иллюзией примитивной грандиозной Самости и слияния с Великой Матерью.

Эпизодическое потребление галлюциногенов быстро сменяется регулярным, через несколько месяцев развивается психическая зависимость, через год – физическая. Толерантность может доходить до 30 таблеток за один прием. Тошнота, расстройство пищеварения, потливость, слабость сохраняются и вне интоксикации. Отмечаются суетливость с непроизвольными движениями, тремор, судороги мышц, боли в мышцах и суставах. Память ухудшается, вплоть до невозможности запоминать простые тексты, мышление становится конкретным, снижаются критические способности, развивается органическое слабоумие. Нарастают возбудимость, вспыльчивость, тревожность, подозрительность, идеи о плохом отношении окружающих, периоды страха, подавленности с суицидными тенденциями.

К ***опиатам*** относятся опий и его производные, а также синтетические препараты с морфиноподобным действием. Наркозависимые используют опиаты для ослабления агрессивных импульсов. При опиизме особенно резко выражен абстинентный синдром («ломка»). При хроническом опиизме развивается функциональное слабоумие, обусловленное снижением побуждений, бедностью эмоций, редукцией энергетического потенциала, неспособностью к интеллектуальным усилиям. Особенно злокачественное течение опиомании наблюдается у эмоционально неустойчивых психопатов, которые быстро доводят потребление морфия до 3–5 г в сутки. Героиновый наркоман живет в среднем 7 лет после начала заболевания. Смерть наступает от СПИДа, гепатита или передозировки.

В группу ***каннабиоидов*** входят препараты, изготавливаемые из конопли (Cannabis): гашиш, анаша («план»), марихуана («травка») и пр. Как и другие эйфоризирующие ПАВ, эти препараты облегчают переживания скуки и подавленности. Марихуана хотя и не вызывает физическую зависимость, но

синдром отмены и повышение толерантности к ней способствуют возникновению психической зависимости. Для большинства хронических потребителей марихуаны характерны вялость, ухудшение мышления и самоконтроля. Для хронических гашишистов характерна темная желтизна кожи, напоминающая старческую пигментацию, у них происходит сужение легочных путей и возникает эмфизема (расширение грудной клетки), повышен риск туберкулеза и рака легких. У многолетних курильщиков анаши на первый план выступает астеноипохондрическая симптоматика, развивается амотивационный синдром: пассивность, отсутствие интересов и побуждений, «выпадение» в процессе беседы и трудности сосредоточения. Встречаются хронические психозы, напоминающие параноидную шизофрению и приводящие к инвалидизации.

Подростковую наркоманию отличает нечеткость симптоматики наркоманической зависимости. Ее признаки в большей степени определяются ситуацией, чем состоянием болезни. Преобладает психопатологическая симптоматика. Границы синдромов и этапов болезни размыты, что не позволяет выделить стадии зависимости. Быстро формируются эндокринная недостаточность и психический дефект, переходящий в апатическое слабоумие с выраженным психоорганическим синдромом. Апатическое слабоумие характеризуется замедленными реакциями, тугоподвижностью мышления, пассивностью, слабостью побуждений.

Раннее выявление подростковой наркомании. В доме появляются бумажные пакетики с порошком, целлофановые упаковки с темно-коричневыми кусочками пластичной массы, спичечные коробки с зеленовато-травянистым порошком, разноцветные таблетки с выдавленными на поверхности картинками и символами, марки, не очень похожие на почтовые. Родители могут находить в доме упаковки от таблеток и шприцов, ампулы, трубочки из фольги, мелкие квадратики вощеной бумажки, пустые гильзы от папирос, неиспользованный табак или кусочки каких-то растений, закопченные ложки. На коже подростка можно обнаружить следы инъекций, с собой он носит различные пузырьки и целлофановые пакеты, предметы, которые можно использовать в качестве жгута: резинку, провод, шнур и т. п.

Подросток часто ходит на рынок, проявляет повышенный интерес к справочникам лекарств и химическим реактивам (особенно к кристаллическому йоду, белому фосфору, ацетону). В доме пропадают медикаменты из аптечки, деньги, вещи, или,

наоборот, у подростка откуда-то появляются деньги, он что-то скрывает от родителей, часто врет. Подросток часто проветривает комнату, окуривает ее благовониями, использует освежители воздуха и дыхания, одеколон и дезодоранты.

Учащаются необъяснимые отлучки из дома, при этом подросток не способен даже приблизительно сказать, сколько он будет отсутствовать. Он необычно долго разговаривает по телефону, уносит его в свою комнату, вместо старых друзей у него появляются таинственные новые знакомые, которые «забегают на минутку» (передают наркотики?). Обычно они старше его, странно себя ведут, знакомить с ними родителей подросток не хочет. Он постоянно опаздывает в школу, уходит с последних уроков (уменьшается способность к концентрации внимания из-за абстиненции), часто прогуливает занятия, на уроках сонлив, не выполняет домашних заданий, у него ухудшается успеваемость. Отрицает, что наркотики могут приносить вред. У него появляется равнодушие к учебе, спорту и прежним увлечениям, нарастает чувство ущербности и неполноценности.

Подросток отказывается обсуждать с родителями свои проблемы, игнорирует семейные праздники, уменьшает контакты, изолируется. У него появляются немотивированные резкие перепады настроения, он то ведет себя по-детски сумасбродно, то угрюм и демонстрирует негативное отношение ко всему, залеживается в постели. Появляется потребность в немедленном удовлетворении своих желаний, нетерпеливость и импульсивность.

Подросток начинает часто употреблять жаргонные выражения, непонятные взрослым термины. В разговоре он повторяется, выразительность речи снижается, она становится торопливой, невнятной и иногда бессвязной, понижается тембр голоса, растягиваются окончания слов. У подростка ухудшается аппетит, он худеет, а иногда выказывает необычный аппетит, страстную потребность в сладком. Повышается утомляемость, часто возникают простуды, желудочные боли и судороги в мышцах, головокружение, обмороки, потери сознания. Утренняя вялость контрастирует с повышенной активностью по вечерам. Нередко подросток спит днем и бодрствует ночью. Появляется сексуальное безразличие, у девушек нарушается менструальный цикл.

Подросток выглядит усталым, неряшливым, у него красные, опухшие, малоподвижные глаза, они могут блестеть или быть тусклыми, зрачки часто сужены и слабо реагируют на изменение освещенности. Повышается потливость, кожа становится

холодной и липкой, пальцы – бледными. При использовании инъекций подросток постоянно носит одежду с длинными рукавами. После курения гашиша от одежды долго исходит своеобразный сладковатый запах. От кожи лица, пальцев рук, волос может пахнуть жженой листвой, ацетоном, уксусом, бензином. Следы летучих растворителей можно обнаружить на лице, руках и одежде; заметен специфический запах изо рта. Характерны покраснение и сыпь вокруг рта и носа, раздражение век и глаз, сухость и воспалительные явления слизистых верхних дыхательных путей, постоянный кашель и чихание.

У «аппликаторщиков» бывает выбрит затылок, кожа которого становится покрасневшей и раздраженной. При потреблении опиатов больной ночью бродит по квартире, а днем спит. Курение марихуаны выдают покрасневшие сухие губы, «стеклянные» глаза, а принимающих эфедрон отличает гладкий, отечный, густо-красный язык. Для потребителей галлюциногенов характерны яркий румянец на бледных щеках, яркие губы, замедленность движений, речи и мышления, попытки разговаривать с неодушевленными предметами и другие странности в поведении.

Диагностические тесты для выявления наркотиков в моче свободно продаются в аптеках.

В формировании подростковой наркомании важную роль играют следующие особенности. ПАВ дают подростку чувство взрослости и освобождения от родителей; формируют ощущение принадлежности к группе, а также среду неформального общения; дают возможность отыгрывать сексуальные и агрессивные побуждения, не направляя их на людей; помогают регулировать эмоциональное состояние; реализуют творческий потенциал подростков через экспериментирование с различными веществами. Подросток, не знающий, что он собой представляет, нередко начинает принимать алкоголь и наркотики из стремления к самопознанию, с целью нащупать внешние границы своего «Я», ускользающие от него, когда он послушно функционирует в трезвом упорядоченном мире.

Психотерапия наркозависимых

Стационарные формы лечения и реабилитации показаны пациентам с психическими расстройствами, неспособным пребывать в ремиссии даже короткое время, а также тем, кто проживает далеко от больницы или в тяжелых бытовых условиях – например, в семье наркоманов. Избегайте использования большинства фармакологических средств в терапии лекарственной зависимости. Лечение выраженной зависимости от

жестких наркотиков проводите в закрытом стационаре в несколько этапов. Детоксикация показана больным с полной утратой контроля, которые не могут уменьшить дозировку наркотика, а также при отравлениях наркотиком, симптомах передозировки и психозах.

При поступлении на лечение распросите наркомана о родительской семье, взаимоотношениях в ней, наличии химической зависимости у родных; образовании, полученном пациентом, и влиянии употребления ПАВ на процесс получения образования; службе в армии – употреблялись ли ПАВ во время службы, участвовал ли в военных действиях. Получите информацию об истории сексуальных и семейных отношений и влиянии на них употребления ПАВ, а также задайте пациенту вопросы о рабочей сфере его жизни и действии на нее ПАВ; состоянии здоровья и влиянии на него ПАВ; истории лечения от химической зависимости; отношении к идее Высшей Силы; перенесенных психических травмах и имеются ли проблемы помимо химической зависимости.

Первую психотерапевтическую беседу с Н-зависимым начните с уточнения аддиктивного поведения. Выясните, имеются ли другие аддикции: азартные или компьютерные игры, переедание или голодание, чрезмерная работа, поиск острых ощущений, промискуитет. Узнайте, указывал ли ему кто-либо ранее на наличие проблемы, что он делал с ней, что у него не получается. Какие дополнительные трудности создает пациенту аддикция – например, повышенную утомляемость при учебе и конфликты в семье. Учтите, какие ПАВ используются; количество, частота приема каждого вещества, пути и способы введения каждого препарата, дата последнего приема, индивидуальное или групповое потребление. Выявите изменение формы потребления, когда защитные реакции не возникают даже при значительной передозировке токсических веществ, наличие или отсутствие изменений толерантности, появление синдрома зависимости или отмены.

Исследуйте чувства, которые могут приводить к употреблению ПАВ: обида, злость, отчаяние, боль и т. д. Взвесьте субъективные выгоды, получаемые от наркотизации, и приносимые субъективные жертвы. Определите тип влечения: обсессивное, компульсивное, сверхценное. Оцените принятие ответственности за аддиктивное поведение и преобладающий локус-контроль. Чей запрос скорее служит стимулом к лечению: ситуативный? семейный? собственный? Обсудите занятость и распоряжение деньгами. Определите динамику наркотизации и социальное сужение личности с начала наркотизации. Выясните у

пациента, кто и какими способами втягивает его в зависимость. Кроме того, необходимо выяснить, кто и какими способами способствует его воздержанию.

Выявите состояния или ситуации, избегание которых осуществлялось с помощью наркотика. Выясните состояния или ситуации, при которых пациент чувствовал бы себя наиболее комфортно. Разработайте план конкретных действий, направленных на достижение этих состояний или ситуаций без наркотика. Обсудите влияние на выздоровление внешних факторов, к которым пациент должен адаптироваться (например, деятельность, взаимоотношения, дети). Определите дисфункциональные установки пациента, касающиеся наркомании, и научите способам, при помощи которых он сможет решать свои проблемы.

Проработайте последний рецидив. Проведите функциональный поведенческий анализ. В него включается обсуждение того, что произошло, при каких обстоятельствах случился рецидив. Смоделируйте состояние, предшествующее рецидиву. Проработайте эмоциональные и когнитивные механизмы, запускающие рецидив. Обсудите стратегии и ресурсы, позволяющие справиться с состояниями непреодолимого влечения. Поощряйте конструктивные стратегии. Обсудите симптомы рецидива в контексте профилактических мероприятий с распознаванием специфических предвестников рецидива: изменения в мышлении, отношениях и поведении. Рассмотрите последствия употребления ПАВ в процессе реабилитации и в дальнейшей жизни (очень часто Н-зависимые верят в возможность разовых употреблений). Обсудите дисфункциональные отношения с родителями, с лицами своего и противоположного пола. Обсудите семейные роли, созависимость, алкоголизм в семье и т. д.

Обратите внимание на динамические проблемы пациента. Выявите фиксации на различных этапах индивидуального развития. Охарактеризуйте степень личностной зрелости. Определите тип личности и уровни нарушений: невротический, пограничный, психотический. Обсудите сотрудничество пациента или его сопротивление лечению. Оцените негативные изменений (личностные, социальные, биологические), произошедшие за время наркотизации. Поощрите принятие личной ответственности за выздоровление: «Кто несет ответственность за ваше выздоровление?» Разделите ответственность и обсудите, кто за что отвечает в процессе реабилитации. Обсудите разные аспекты своих отношений с пациентом. Выясните, готов ли он сотрудничать с вами в дальнейшем. Подпишите контракты о

сотрудничестве, один – с Н-зависимым, другой – с его родителями или близкими (Кулаков, 2004).

В наркологическом стационаре обычно применяются традиционные методы отечественной психотерапии.

Рациональная психотерапия – разъясняются причины болезни, больному указывается на зависимость между неправильным пониманием ее причин и динамикой болезни, предоставляется информация о прогнозе болезни, способах и эффективности лечения.

Гипносуггестия – терапевтические внушения в трансовом состоянии сознания, направленные на усиление мотивации к лечению, мобилизацию психологических ресурсов, укрепление уверенности в выздоровлении, профилактику рецидива.

Эмоционально-стрессовая психотерапия – активное рационально-эмоциональное воздействие, направленное на подчинение депрессивных и ипохондрических мотивов духовным, социальным и семейным.

Аутогенная тренировка – самовнушение лечебных формул в бодрствующем состоянии сознания на фоне мышечной релаксации.

Наркопсихотерапия – терапевтическое внушение в гипноидном состоянии сознания, вызванном введением тиопентала натрия, гексенала, барбамила и т. п. средств.

Игровая психотерапия и терапия творчеством – участие в ситуационных ролевых играх и обсуждении произведений литературы и искусства, создание собственных работ.

Коллективная психотерапия – клинические беседы с врачом, обсуждение биографий и историй болезни, использование элементов групповой динамики.

Делайте упор на обсуждении с близкими больного его образа жизни, здоровья, отношений и утраты прежних ценностей, поскольку решение именно этих проблем является основной мотивацией пациента для отказа от ПАВ. Предложите на рассмотрение пациента множественный выбор возможных альтернатив аддиктивного поведения, способных дать ему те выгоды, которые он раньше получал от ПАВ. Для определения подходящих альтернатив наблюдайте за его невербальными реакциями.

Предложите пациенту сознательно и бессознательно работать над конструированием альтернатив в промежутках между сессиями. Дайте ему указание наблюдать между сеансами терапии, какие способы поведения используют другие люди для получения похожих выгод. Предложите пациенту подражать любимому человека в более адаптивных способах заботы о себе.

Для профилактики срыва обучите наркомана контролировать признаки влечения: мысль о безопасности однократной «пробы»; убежденность в неспособности к какой-либо деятельности, чувство лени; безосновательное чувство обиды; немотивированные вспышки гнева; приятные воспоминания о состоянии «прихода» при полном забвении «ломок»; антипатия к людям, пытающимся удержать от потребления ПАВ; необоснованные упреки родным в своих бедах; симпатия к компании наркоманов и продавцам наркотиков.

Высокая эффективность гипносуггестивной терапии наркоманов объясняется ее способностью обходить сопротивление, потребностью наркоманов в измененном состоянии сознания и возможностью использовать их опыт пребывания в трансе в лечебных целях. Выявите пусковые моменты принятия наркоманом решения употребить ПАВ и добейтесь осознания им этих моментов. Встройте в подсознание наркомана генератор «любви к себе» и «ответственности». Обучите пациента самостоятельному вхождению в трансовое состояние при возникновении ощущений, связанных с физической или психологической зависимостью.

Глубокие регрессивные конфликты, лежащие в основе болезни, проработайте в психоанализе. При этом учитывайте низкую способность наркоманов переносить фрустрацию, постоянную угрозу рецидива и прекращения лечения. Пациент должен быть способен развить позитивный перенос и интроецировать аналитика в качестве «хорошего объекта». При этом контрперенос затруднен агрессией, порождаемой бесконечными и ненасытными оральными фантазиями пациента, так что терапевт подвергается постоянной опасности дать слишком мало или слишком много.

Направляйте терапевтический процесс на осознание функции токсичных объектов и связанных с ними фантазий, отказ от веры в то, что ПАВ являются самыми надежными объектами, и на готовность заменить их аналитиком, а затем – значимыми другими. Постоянно помогайте больному выявлять, осознавать и преодолевать саморазрушительные защиты, которые он использует для маскировки или отрицания собственной уязвимости. Из-за глубокого расстройства объектных отношений наркоманы чрезвычайно болезненно реагируют на прерывание и тем более – на смену терапевта. Эту и ряд других проблем удается решить с помощью группового анализа.

Экзистенциальную терапию наркоманов фокусируйте на следующих проблемах: осмысленность и бессмысленность существования, жизнь и смерть, человек и общество, свобода и

зависимость, воля и безволие. Используйте тезис Виктора Франкла (2015): «Удовольствие является побочным продуктом смысла, и поэтому искание следует посвятить не поиску удовольствия, а поиску смысла». Ирвин Ялом (2008) развивает эту мысль: «Смысл, как и удовольствие, должен преследоваться косвенно, а ощущение осмысленности и удовлетворенности является побочным продуктом вовлеченности».

Формирование ответственности, по Ялому, происходит в рамках групповой терапии и включает принятие следующих убеждений.

● Осознание того, что жизнь иногда устроена нечестно и несправедливо.

● Осознание того, что какой-то части жизненных страданий и смерти в конечном счете не избежать.

● Осознание того, что, какими бы близкими ни были взаимоотношения с другими людьми, все равно с экзистенциальными проблемами приходится справляться в одиночку.

● Осознание того, что я несу конечную ответственность за то, как я проживаю свою жизнь, независимо от того, сколько поддержки и руководства я получаю от других.

Поведенческий групповой тренинг отказа от наркотика включает следующие приемы. Взгляд прямо в глаза предлагающему наркотик, крик «Нет!» и уход. Обвинение в адрес предлагающего наркотик: «Ты что мне предлагаешь? Я же сказал “нет”, – ты что, не понял?» Полное молчание, которое может сопровождаться мимикой и жестами; при этом обычное общение становится невозможным и предложения прекращаются. Создание негативного образа наркотика: потери денег, нищеты, утраты здоровья, опустившегося человека, тюрьмы, плачущей матери. Четкое и однозначное публичное заявление о своем выходе из игры, подкрепленное представлением о риске утраты своего «Я»: «Если я уколюсь, то буду…» (Ларионов, 1997)

Для повышения уверенности в себе используйте ассертивный тренинг, для борьбы со страхами – систематическую десенсибилизацию (постепенное столкновение с все более пугающими объектами) и парадоксальную интенцию (намеренное утрированное представление своего страха с ироническим доведением его до абсурда).

При проведении антиципационного (предвосхищающего) тренинга используйте следующие принципы:

● отказ от претензий – «Мне никто ничего не должен». Отказ от однозначности – «Это может значить все, что угодно»;

● отказ от фатальности – «Все возможно»;

● выработка стратегии «предвосхищающего совладания» и «предвосхищающей печали» взамен «предвосхищающей радости».

В процессе тренинга выявляйте расхождение между прогнозом, делаемым пациентом, и реально происходящим событием. Устанавливайте связь между ошибочными прогнозами и наркоманическим поведением. Во время групповых занятий проигрывайте и обсуждайте такие ситуации, как предложение употребить наркотик, выпить, закурить; измена, развод, увольнение, предательство, смерть близкого человека, неблагодарность со стороны окружающих и т. д. Таким образом вырабатывается установка: «Надейся на лучшее, но готовься к худшему».

Активно используйте группы Анонимных наркоманов, поскольку они достаточно эффективны и не требуют больших материальных затрат. Организуйте группы самоподдержки членов семьи наркоманов. Эти группы предлагают Н-зависимому модель достижения ремиссии и ее поддержания. В них предпочтение отдается поведенческим и когнитивным методам, дающим возможность изменить сложившиеся болезненные стереотипы зависимого от наркотиков поведения. Привлекайте к работе с Н-зависимыми не только дипломированных специалистов (врач, психолог, медицинская сестра), но и лиц, не имеющих специального образования, из числа бывших алкоголиков или наркоманов, желающих работать в сфере реабилитации наркозависимых.

Работая с группой Н-зависимых подростков, помните, что ведущий – не Бог и не всезнайка. Он может чего-то не знать, чего-то не уметь, ошибаться. И не стоит стесняться того, что кто-то в группе понимает в каких-то вопросах лучше вас. Смелее признавайте свои ошибки, предлагайте подумать вместе, спрашивайте совета группы, прислушивайтесь к мнению участников, пытайтесь выявить вопросы, которые волнуют их, и т. д. Стремитесь к постоянному получению обратной связи от участников. Спрашивайте, что было интересно, что они хотели бы обсудить подробнее, что им понравилось, что не понравилось и т. д.

В процессе работы активнее прибегайте к жестам, используйте прикосновения: телесный контакт – это то, к чему стремятся подростки, хотя и боятся этого. Не бойтесь поддерживать или, наоборот, не поддерживать участников. Самое главное – не поддавайтесь соблазну поиграть в их игры: вы рискуете проиграть, а кроме того, сделать все, чтобы помешать

себе и участнику личностно развиваться. Выполняйте все групповые нормы, ведь вы – такой же участник, как и все остальные, основное, что отличает вас от них, – стремление планировать то, что будет происходить дальше (Березин и Лисецкий, 2001).

При лечении наркоманов эффективна краткосрочная (3–5 месяцев) *структурная семейная терапия*, направленная на перестройку семейной иерархии. Обычно речь идет о молодом больном, не создавшем или утратившем семью и живущем с родителями, страдающими созависимостью, причем отец нередко алкоголизируется и чрезвычайно беспокоится по поводу наркотизации сына, в то время как мать склонна преуменьшать проблему.

Неприятности пациента для разобщенной семьи служат связующим звеном. На первом этапе соберите всех членов семьи и обсудите с ними, как помочь больному. Объединитесь с семьей в контроле над поведением пациента и укрепите уверенность в его конструктивных возможностях. По мере того как молодой человек возвращается к нормальной жизни, выявляются внутрисемейные проблемы. Рассматривайте их с точки зрения того, насколько необходима этому пациенту поддержка семьи. На заключительном этапе терапии, после месячного воздержания пациента, решается проблема его отделения от семьи. В это время удерживайте пациента от стремления вмешаться в проблемы родителей или, при наличии одной матери, занять по отношению к ней супружескую позицию. Решение этой задачи облегчает укрепление или создание альтернативной структуры поддержки для одного или обоих родителей благодаря подключению родственников, друзей и т. д.

Предложите родителям подростка заключить с больным контракт на 1–2 месяца. Подросток обязуется приобретать наркотики только на деньги родителей, употреблять их только дома и только в одиночку, причем в присутствии кого-либо из родителей, самостоятельно вести график учета дней с наркотиками и без них. Родители принимают на себя обязательство не обвинять и не ругать подростка за употребление наркотиков, дают согласие на их употребление дома и выделяют деньги на их приобретение, открыто обсуждая с подростком возможности семейного бюджета (Ларионов, 1997).

Взаимоотношения между членами семьи обычно укладываются в треугольник «Жертва – Спаситель – Палач». Эта дисфункциональная игра зачастую переходит из поколения в поколение, и если ее приходится прекратить, у семьи наступает тяжелейшая абстиненция. Поэтому появление признаков

выздоровления у наркомана вызывает сопротивление лечению со стороны членов семьи. Самые частые формы сопротивления – отрицание проблем, их преуменьшение, обвинение окружающих в причинах наркомании, врачей – в плохом лечении, оправдание поведения наркомана рациональными причинами, интеллектуализация проблем вместо их эмоционального осознания, подмена выздоровления снятием симптомов, враждебность при попытках вскрыть затаенные чувства (стыд, вину, злость) или семейные тайны. Самые частые семейные секреты – алкоголизм в родительской или прародительской семье, супружеские измены и сексуальные дисфункции, психические заболевания. Типичная форма сопротивления – манипуляции: стремление соблазнить и подкупить терапевта, лесть, попытки вовлечь его в коалицию, угрозы и шантаж.

На семейных сессиях добейтесь понимания наркомании как болезни семьи, принятия пациентом ответственности за свое выздоровление; преодолевайте отрицание членами семьи созависимости и сопротивление изменениям. Обеспечьте участие пациента и членов семьи в группах взаимопомощи для наркоманов и их родственников.

В работе с Н-зависимыми показана также психодрама, позволяющая пациенту сыграть роль своей сопротивляющейся части и нейтрализовать ее в роли конструктивной части своей личности. Для членов семьи важно выразить долго отрицавшиеся негативные эмоции в защищенном мире игры и использовать ее для овладения навыками открытого самовыражения и адаптивного разрешения стрессовых ситуаций (Симонова, 2001).

Стресс и диссоциация

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Для того чтобы не допустить развития механизма вторичной выгоды от болезни, не затягивайте время оказания социально-психологической помощи. Своевременная кризисная поддержка в остром периоде купирует симптоматику и предотвращает ее хронизацию. По возможности избегайте госпитализации во избежание возникновения рентных установок и психической инвалидизации.

1-ю фазу терапии посвятите обеспечению безопасности – как в плане внешних факторов, так и в отношении воспоминаний. Например, если пациент с ПТСР живет вместе с виновником насилия, предусмотрите обеспечение безопасности, то есть подумайте о другом месте жительства для пациента или обеспечьте ему социальную поддержку и научите избегать провоцирования агрессора. Побудите пациента к улучшению навыков самозащиты и избеганию саморазрушительных действий, например отказу от приема алкоголя и употребления средств, вызывающих зависимость. Ознакомьте пациента с ранними признаками ПТСР и посоветуйте ему рассказать о них близким. Научите его справляться с навязчивыми воспоминаниями и флэшбэками. Наконец, настройте пациента не позволять симптомам ПТСР останавливать его деятельность в повседневной жизни.

Во 2-й фазе помогите пациенту переписать свою личную историю: интегрировать травму в значимые события его жизни и в то же время рассматривать ее в перспективе. Учтите, что пациенту трудно рассказывать о травме, поскольку его чувства слишком сильны. Используйте рассказы других жертв, сообщения очевидцев, информацию СМИ, больничные записи и т. д. Применяйте десенсибилизацию к воспоминаниям травмы, контролируемую экспозицию и пробуждение воспоминаний, а также перестройку когнитивных схем, связанных с травмой.

В 3-й фазе терапии пациент должен объединить травму с системой своих убеждений или изменить свои убеждения так, чтобы они лучше соответствовали реальности. Его исходный взгляд в отношении самого себя и мира нуждается в переосмыслении. Это потребует корректировки ощущения «Я» и идентичности. Они меняются непрестанно, как, например, при пересмотре старых и построении новых взаимоотношений. Пациенту необходимо принимать участие в деятельности,

позволяющей ему ощутить свое мастерство и получить удовольствие.

Работа с негативными переживаниями в технике НЛП.

1. Представьте травмирующую ситуацию и взгляните на все происходящее своими собственными глазами – ассоциируйтесь с ситуацией. Как только вы почувствуете негативные эмоции, тут же посмотрите на происходящее со стороны – дистанцируйтесь от ситуации.

2. Просмотрите всю ситуацию в отстраненной позиции.

3. Отложите эту картинку «на потом».

4. Вспомните веселую, бодрую мелодию или любимую песню, найдите для нее видеоряд – сделайте видеоклип. Прокрутите его от начала до конца. Если у вас не возникли положительные переживания, найдите другую мелодию.

5. Поместите на заднем плане изображение с мелодией, а на переднем – картинку негативной ситуации. Просматривайте одновременно два ряда событий с начала и до конца. При этом пусть звучит выбранная на шаге 4 мелодия.

6. Повторите шаг 5 три-четыре раза, каждый раз на большей скорости. Проделайте это в течение 1–2 секунд.

7. Ассоциируйтесь с негативной ситуацией и проживите ее еще раз. Если ваше восприятие события и ваши ощущения изменились в лучшую сторону, значит, экологическая проверка прошла удачно.

Психоаналитики считают, что стресс актуализирует неразрешившиеся детские конфликты. Тревога то блокирует бессознательные конфликты, используя такие защитные механизмы, как регрессия и подавление, то под воздействием Суперэго воссоздает тревожное состояние в виде повторяющихся сновидений и живых воспоминаний травмирующей ситуации, чтобы символически обесценивать, отрицать и отменять ее: «Это всего лишь воображение». Для коррекции личностных структур, ответственных за индивидуальную предрасположенность к ПТСР, используйте краткосрочную психодинамическую терапию и символдраму, в основе которой лежит формирование образов на свободную или заданную психотерапевтом тему.

Гуманистическая модель предполагает активную позицию клиента и поддержку терапевта. В организации поддерживающей психотерапии большую роль играет семья и ближайшее окружение пострадавшего. Чтобы человек вышел из пассивной роли жертвы, восстановите у него чувство собственной активности, контроля над ситуацией. Верните пострадавшему

чувство компетентности за счет воспоминания преодоленных трудных ситуаций и проектирования будущего, в котором можно использовать удачный прошлый опыт. При этом отслеживайте возможные суицидные тенденции и аффективные реакции, разряжайте агрессию, переводя ее на себя. Поскольку вы тоже находитесь под воздействием травмирующей ситуации, не скрывайте свою тревогу. Попросите пострадавшего поправить вас, если вы начинаете навязывать что-то свое.

Наиболее эффективна *групповая форма терапии*, позволяющая «новичкам» пользоваться направляющим контролем более опытных членов группы, обеспечивающая эмоциональную поддержку, переоценку травмирующего материала, пересмотр восприятия действительности и повышение самооценки. Проинформируйте новых участников о симптоматике и течении стрессовых реакций, давая разрешение иметь «нормальные» для такой ситуации симптомы. Чтобы ослабить тревогу и связанные с ней симптомы, объясните причины и механизмы ПТСР. Поощряйте выражения тревоги, гнева и других отрицательных эмоций. Дайте людям выговориться, отреагировать и разделить переживания с товарищами по несчастью. В результате уменьшается аффективное напряжение, структурируются и лучше контролируются эмоции, активизируется целенаправленная деятельность. Используйте когнитивно-поведенческие приемы: прогрессивную мышечную релаксацию, аутотренинг, НЛП, активную визуализацию положительных образов, градуированное погружение в стимульный материал, контроль иррациональных мыслей.

Кризисная терапия

Во время суицидоопасного психологического кризиса личность становится ареной борьбы суицидогенных и антисуицидных факторов. Самыми частыми суицидогенными факторами являются потеря близкого человека, отвержение им, утрата здоровья и работоспособности, престижа и уважения окружающих. Им противостоят антисуицидные факторы: родительские чувства, нежелание причинять боль близким, выраженное чувство долга, страх боли и смерти, ее неэстетичность и инвалидность в случае неудачной попытки, боязнь осуждения, представление о неиспользованных жизненных возможностях, наличие творческих планов и замыслов, а также прошлые достижения в значимых для пациента областях. Оцените суицидный риск путем алгебраического сложения баллов (низкий суицидный риск – до 10 баллов, средний – от 10 до 15, высокий – более 15 баллов).

Программа кризисной терапии включает кризисную поддержку, кризисное вмешательство и тренинг навыков адаптации.

Кризисная поддержка является основным подходом кризисной терапии на ее первом этапе. Терапевтическими мишенями данного этапа служат: отчаяние, тревога, обида и беспомощность. Кризисная поддержка включает ряд приемов, которые на практике могут частично перекрываться.

Установление терапевтического контакта требует, чтобы пациент был выслушан терпеливо и сочувственно, без сомнения и критики. Создайте у пациента уверенность, что вы компетентны в общих вопросах терапии, разобрались в особенностях индивидуального кризиса пациента и готовы применить адекватные виды помощи. В результате пациент воспринимает вас как понимающего, чуткого и заслуживающего доверия, благодаря чему у него ликвидируются чувства эмоциональной изоляции и безнадежности.

Факторы	Баллы
А. Постоянные факторы риска	
1. Женщина 15–30 лет	1
2. Мужчина 20–35 лет	1
3. Отягощенная наследственность	1
4. Дисфункциональная первичная семья	1
5. Неправильный тип воспитания	1
6. Одна суицидная попытка более года назад	3
7. Повторные суицидные попытки в анамнезе	4
8. Суицидная попытка в текущем году	5
Оценка постоянных факторов риска ____	
Б. Переменные факторы риска	
9. Фрустрация доминирующей потребности	1
10. Сочетание сфер конфликта	1
11. Неразрешенность кризиса	1
12. Длительность суицидных тенденций 1–2 мес.	1
13. Непереносимость фрустрации	1
14. Импульсивность	1
15. Ригидность аффекта	1
16. Категоричность мышления	1
17. Симбиотические тенденции	1
18. Однобокость системы ценностей	1
Оценка переменных факторов риска ____	
В. Антисуицидные факторы	
19. Гедонистические тенденции	–1
20. Творческие планы	–1
21. Надежда на улучшение ситуации	–1
22. Забота о близких	–1
23. Чувство долга	–1
24. Боязнь осуждения суицида	–1
25. Страх боли, ущерба для здоровья	–1
26. Эмоциональная привязанность к важному человеку	–1
27. Наличие источников поддержки	–1
28. Конструктивная лечебная установка	–1
Оценка антисуицидных факторов _____	
Оценка риска суицидной попытки _____	

Раскрытие суицидоопасных переживаний происходит в условиях безусловного принятия пациента, что повышает его самопринятие, сниженное в результате психологического кризиса. Сочувственное выслушивание облегчает отреагирование пациентом подавляемых негативных эмоций, что уменьшает аффективную напряженность. Не имеющий прямого отношения к кризисной ситуации материал игнорируйте с помощью избирательного выслушивания. Кризисной ориентации терапии и уменьшению тревоги способствует прояснение для пациента связи симптомов кризиса с вызывающим событием. Наличие и выраженность суицидных тенденций определяйте с помощью прямых вопросов, что облегчается готовностью кризисных пациентов обсуждать подобные вопросы в качестве своей основной проблемы.

Мобилизация личностной защиты производится путем актуализации антисуицидных факторов (родительские чувства, представление о неиспользованных жизненных возможностях, страх смерти и осуждения и т. п.), а также прошлых достижений в значимых для пациента областях. Рассмотрите способы адаптации, успешно применявшиеся пациентом в прошлом, а также возможность использования внешних источников психологической и практической поддержки. Это повысит самоуважение пациента и уверенность его в своих возможностях по разрешению кризиса. Проявления личностной несостоятельности пациента в кризисной ситуации (роль больного, иждивенческие установки, шантажное поведение) игнорируйте и тем более не критикуйте, чтобы не снижать самооценку пациента и не усиливать тем самым суицидоопасные переживания. Во избежание нарушения терапевтического контакта игнорируйте, но не интерпретируйте психологическое сопротивление пациента лечению.

Заключение терапевтического договора предусматривает локализацию кризисной проблемы, формулирование ее в понятных пациенту терминах, соглашение с ним о кризисной ориентации терапии и сроках лечения, разделение ответственности за результат совместной работы с признанием за пациентом способности самостоятельно контролировать свои суицидные тенденции и отвечать за принятие решений и их выполнение. Оговорите также свое посредничество в контактах с другими людьми: близкими, друзьями, должностными лицами.

Кризисный пациент испытывает чувство цейтнота, жаждет немедленного решения проблемы. Терапевт может поддаться искушению быстрее перейти к планированию действий. Однако в

этом случае может быть упущен важный материал, поэтому вначале максимально полно исследуйте сложившуюся ситуацию. При этом «выведите за скобки» хронические, исторически сложившиеся проблемы. Работу с кризисной ситуацией планируйте в соответствии с терапевтической установкой пациента: конструктивная – с ожиданием помощи в самостоятельном разрешении конфликта; симптоматическая – с мотивацией лишь к ликвидации симптомов; манипулятивная – с попыткой использовать влияние психотерапевта для улучшения отношений к себе участников конфликта и других выгод; демобилизующая – с отказом от психотерапии, пассивной позицией пациента.

Задачи кризисной поддержки можно считать выполненными, когда купируются аффективные расстройства, что значительно снижает актуальность суицидоопасных тенденций и позволяет перейти к когнитивной перестройке, осуществляемой на втором этапе кризисной терапии – этапе кризисного вмешательства. Период выхода из острого кризиса является оптимальным для когнитивной перестройки потому, что в это время суицидный риск сведен к минимуму, готовность к внутренним изменениям еще достаточно высока и, кроме того, сохраняется характерная для кризисного состояния пластичность личностных структур, необходимая для подобной перестройки.

Кризисное вмешательство является основной стратегией кризисной терапии на ее втором этапе, с целью реконструкции нарушенной микросоциальной сферы пациента[101].

В отличие от принятия помощи практического характера, кризисное вмешательство требует от кризисного индивида: а) достаточно высокого уровня критичности и рефлексии[102], обеспечивающего ему возможность исследовать кризисную ситуацию совместно с психотерапевтом в свете собственного участия в развитии кризиса; б) достаточно выраженной мотивации к возвращению на докризисный уровень функционирования, а при необходимости и к улучшению адаптации; в) сохранности личностных ресурсов[103], необходимых для рассмотрения рекомендаций психотерапевта, принятия и выполнения собственных решений.

Терапевтические мишени данного этапа:

- представление о целесообразности суицида;
- независимость в принятии решений;
- бескомпромиссность;
- наивная доверчивость.

В работе с ними применяйте следующие приемы.

Рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы. Найдите лиц из ближайшего окружения, с которыми пациент мог бы сформировать новые, необходимые ему высокозначимые отношения, облегчающие ему микросоциальную адаптацию. Попытки пациента вернуться к обсуждению симптомов преодолевайте с помощью фокусирования на намеченной задаче. При выраженном сопротивлении пациента вмешательству можно пойти на конфронтацию позиций (не личностей!). Терапевтический контакт обычно сохраняется благодаря тому, что на этапе вмешательства для кризисного пациента важна не столько мягкость психотерапевта, сколько его усилия по оказанию действенной помощи в скорейшем разрешении психологического кризиса.

Выявление неадаптивных установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса. В качестве неадаптивных установок чаще всего выступает неприятие даже на непродолжительное время одиночества, а также представление об отсутствии у себя возможностей, необходимых для создания и сохранения пары. Как правило, неадаптивные установки формируются в раннем детстве под влиянием неблагоприятных условий воспитания, глубоко интериоризируются, что затрудняет для пациента осознание их неадаптивности и препятствует их психотерапевтической коррекции.

Коррекция неадаптивных установок осуществляется прежде всего в отношении суицидогенной установки – представления о большей, чем собственная жизнь, значимости той или иной ценности. Попытки прямой девальвации ценности, конкурирующей для пациента с ценностью его жизни, могут привести к нарастанию аффективной напряженности и психологического сопротивления психотерапевтическому вмешательству. Снизить значение доминирующих ценностей лучше удается путем актуализации антисуицидных факторов.

У пациентов с акцентуацией характера, приводящего в условиях межличностного конфликта к развитию суицидоопасных реакций, выработайте мотивацию к перестройке коммуникационной сферы. Исследуйте вместе с пациентом практические проблемы, возникшие в результате утраты высокозначимых отношений, и найдите способы их решения. Повысьте значимость взаимоотношений пациента с лицами из ближайшего окружения с целью ликвидации страха расставания, связанного в представлении кризисного индивида с одиночеством. Выявите роль неуверенности в своей привлекательности и сформируйте терапевтическую установку на тренинг необходимых навыков общения.

Активизация терапевтической установки необходима для переключения усилий пациента с попыток разрешения кризисной ситуации не оправдавшими себя методами на повышение собственных возможностей по ее разрешению. Поощряйте успехи пациента в выполнении терапевтического плана и другие проявления зрелости, постепенно обеспечивая ему условия для проведения независимого от вас курса действий. Одновременно обращайте его внимание на недостаточную подготовку в достижении последующих целей, обеспечивая переход к третьему этапу кризисной терапии – повышению уровня адаптации в кризисной группе.

Фокусируйте групповые дискуссии на взаимоотношениях участников с важными людьми. Подкрепляйте психологическую и практическую взаимопомощь членов группы, в том числе вне занятий, смягчайте проявления взаимного недовольства. Занимайте в группе активную, а при усилении суицидного риска у участника – директивную позицию, обеспечивающую поддержку и руководство поведением пациентов. Кризисная группа открыта для новых участников в пределах 6–8 человек, она гомогенна по наличию кризисных проблем и суицидоопасных переживаний, гетерогенна по возрасту и нозологическому составу. Курс лечения ограничивается одним месяцем.

Семейная кризисная терапия показана и возможна при наличии собственной инициативы членов семьи кризисного индивида, их вовлеченности в кризис, необходимости их включения в помощь индивиду, опасности развития кризиса у других членов семьи. Учитывайте установки партнеров: улучшение отношений, сохранение неустойчивого равновесия, четкое и окончательное разделение.

Диссоциативные расстройства

Диссоциативная амнезия – наиболее распространенное диссоциативное расстройство. Амнезируется обычно только травматический эпизод, индифферентные воспоминания сохраняются. Пробелы памяти замещаются истерическими фантазмами с убеждением в их истинности. Эти фантазмы призваны подчеркнуть значимость больного. Возможно безразличие к нарушению памяти, хотя оно и осознается. Болезненные проявления отличаются внезапностью появления и исчезновения, чрезмерной выразительностью, быстрой изменчивостью, обогащением и расширением круга симптомов под влиянием новой информации, внушения и самовнушения. Расстройство длится до нескольких дней, начинается и заканчивается внезапно.

Помогите пациенту как можно быстрее осознать и отреагировать вытесненные переживания с помощью гипноза. Установите прочные, доверительные, гарантирующие безопасность взаимоотношения с пациентом. Только тогда он сможет сталкиваться с воспоминаниями контролируемым и координированным образом. Затем установите связь травматического материала с актуальными эмоциональными конфликтами и наметьте пути их разрешения. При этом важно, чтобы пациент вышел из ситуации, избежав ярлыка симулянта или истерической личности. Сообщение больному, что его расстройство является воображаемым, может вызвать усиление симптоматики.

Нередко гипнотическое внушение лишь ненадолго ослабляет или перемещает симптом. Необходима работа с окружением больного – для устранения вторичных выгод от расстройства. В ряде случаев эффективна психоаналитическая психотерапия.

Диссоциативная фуга (лат. *fuga* – бег). Больной может неожиданно покинуть свой дом, семью и работу и не помнить о них, при этом заниматься достаточно сложной деятельностью, что отражено в другом названии расстройства – *амбулаторный автоматизм.* Он производит впечатление упорядоченного и малозаметного, при этом его личность нередко отличается от собственной. Больной может быстро утратить воспоминания о своей прошлой жизни и понимание того, кто он есть. От диссоциативной амнезии диссоциативная фуга отличается тем, что больной не осознает расстройства памяти и не выглядит дезориентированным.

Психомоторные приступы у больных височной эпилепсией

начинаются обычно с ауры (специфических для данного больного предвестников припадка), явлений уже виденного (франц. *dŭja vu* – дежавю) или впервые виденного (франц. *jamais vu* – жамэвю). Больной совершает не вполне адекватные и нецеленаправленные автоматизированные движения. Он частично осознает происходящее вокруг, но позже не всегда может воспроизвести события.

Предрасполагающие факторы к развитию диссоциативной фуги – истероидное, эмоционально неустойчивое или шизоидное расстройство личности, злоупотребление алкоголем. Спровоцировать расстройство может психотравмирующая ситуация, вызывающая желание уйти из нее, или личностный кризис. После выхода пациента из состояния фуги установите с ним доверительные отношения и с помощью гипноза установите контакт с субличностью, контролирующей поведение больного во время фуги. Обучите его навыкам преодоления стрессовых ситуаций, вызывающих расстройство.

Расстройство множественной личности (РМЛ), диссоциативное расстройство идентификации (ДРИ) – внезапное переключение между различными субличностями, которые воспринимаются как цельная личность и управляют поведением пациента. Примечательно, что впоследствии пациент не помнит эпизода диссоциации. При других диссоциативных расстройствах не происходит повторного переключения между субличностями. Больные пограничным расстройством личности отличаются нестабильностью аффекта и самооценки. Больные шизофренией объясняют происходящее с ними воздействием извне, у них наблюдается общая дезинтеграция психики. Психомоторные приступы при височной эпилепсии кратковременны. Симулянты демонстрируют свои нарушения, особенно амнезию эпизода, тогда как больные РМЛ склонны скрывать расстройство.

При хроническом течении раскрытие подавленных травматических воспоминаний, проработка травматических воспоминаний и ночных кошмаров и отреагирование травматических воспоминаний вызывает обратный результат и, как правило, обостряет симптоматику. Помогите пациенту справиться с суицидными мыслями. Улучшите функционирование пациента в повседневной жизни (например, работа или школа), а также во взаимоотношениях. Помогите ему осознать, что травма играет ведущую роль в развитии психического расстройства. Ослабьте симптомы ПТСР и диссоциации. В процессе тренинга обучите пациента механизмам адаптации, помогающим справляться с ПТСР, диссоциативными симптомами, тревогой и

депрессией.

Помогите пациенту осознать, что он является единой личностью с различными составляющими и аспектами, а не различными людьми или личностями. Выявите ключевые особенности субличностей и «познакомьте» их друг с другом в состоянии гипноза. Договоритесь с пациентом о его ответственности за все действия субличностей на протяжении всего времени. Помогите пациенту осознать, что все субличности являются важными частями «Я» и их все следует объединить, даже «плохие». Научите пациента и субличности работать совместно в их «общих» интересах. Осуществите слияние субличностей в одну личность.

Научите больного переносить связанную с пережитым событием боль посредством контролируемого и координированного переживания связанных с травмой аффектов. Тогда он сможет уменьшить интенсивность боли и своего страха перед ней. Если пациент не может облечь в слова травматические переживания, используйте невербальные методики: дезактуализацию чувств, связанных с травмой, движения глаз (Шапиро, 2001), десенсибилизацию и реструктуризацию (Бек, Фримен, 2003; Эллис, 2002). Осуществляйте реструктуризацию в процессе адекватного решения значимых проблем, когда всплывают и пересматриваются дисфункциональные установки. В дальнейшем помогите пациенту найти слова для описания своих переживаний и придания им смысла. Невербальные методики также могут быть очень полезны и для тех пациентов, которые способны описать свои травмы словами.

Если пациент может облечь травматические переживания в слова, обсудите травму. Например, избиение родителем может значить для пациента следующее: «Я был виноват в избиении», «Я плохой», «Я никчемный», «Я не способен любить» и т. п. Создайте пациенту по возможности интегрированное воспоминание о том, что с ним произошло и что пережитые им чувства означали в действительности. Помогите ему осознать, что травма случилась много лет назад, что он выжил и что сегодня ничего такого не происходит. Пациент должен также осознать, что плохое обращение с ним его опекунов не было его виной. Затем покажите ему, что травма не разрушила его самооценку. Помогите пациенту исправить искажения в отношении идентичности, компетентности, веры, силы и контроля, автономии и системы ценностей.

Позднюю стадию терапии посвятите выработке нового чувства «Я», основанного на реальных достоинствах и недостатках пациента. Помогите ему простить родителей своего детства и

оставить их в прошлом, которое он не в силах изменить. Настройте пациента на установление более здоровых отношений с родителями и поддержите эти взаимоотношения. Переключите внимание пациента с симптомов и травматической истории на проблемы внешнего мира, позволяющие ему жить здесь и теперь. Окажите ему поддержку в переживании утраты терапевта при заверении лечения.

Непсихотические депрессии

Легкий депрессивный эпизод диагностируется наличием у пациента

1. Не менее двух из следующих признаков:

а) сниженное до отчетливо не свойственного в преморбиде уровня настроение, отмечающееся большую часть дня, почти каждый день, в течение не менее двух недель и в существенной мере не зависящее от внешних обстоятельств;

б) потеря интереса и удовлетворения от ранее обычно приятной активности;

в) снижение побуждений, энергетики или повышенная утомляемость.

2. Не менее двух (или одного, если присутствуют все три признака критерия 1) из следующих признаков:

а) потеря уверенности в себе или чувства собственной ценности;

б) необоснованные упреки в собственный адрес или выраженное, неадекватное чувство вины;

в) повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве, суицидное поведение;

г) мрачное и пессимистическое видение будущего;

д) субъективно воспринимаемое или объективно устанавливаемое снижение сосредоточения, неуверенность или нерешительность;

е) субъективные или объективные нарушения психомоторики (заторможенность или ажитация);

ж) любого рода нарушения сна;

з) потеря аппетита или его повышение с соответствующим нарастанием веса.

В отличие от неврозов для эндогенных депрессий характерным является ощущение бессмысленности собственной жизни, а для инволюционной депрессии – мотивы житейских катастроф, обычно в форме бреда греховности и преследования. Для диагностики эндогенной депрессии (в отличие от реактивной) важно установить наличие ***соматического синдрома.*** Развернутым соматический синдром считается, если имеется четыре и более из следующих признаков:

1) отчетливое снижение интересов или потеря удовольствия от обычно приятной деятельности;

2) снижение привычного эмоционального реагирования на

события или деятельность;

3) пробуждение за два и более часа до привычного времени;

4) суточные колебания аффекта;

5) объективно наблюдаемые выраженные расстройства психомоторики (заторможенность или ажитация);

6) отчетливое снижение аппетита;

7) потеря веса (свыше 5 % веса тела за истекший месяц);

8) отчетливое снижение либидо.

Дистимия

Дистимия (гр. *dys* – плохо, *thymos* – настроение, чувство) – постоянная или постоянно возвращающаяся депрессия на протяжении не менее двух лет; в промежутках гипоманиакальные эпизоды отсутствуют, периоды нормального настроения длятся реже, чем несколько недель. По крайней мере, при некоторых периодах депрессии состояние характеризуется тремя или более из следующих признаков:

а) все 8 признаков легкого депрессивного эпизода;

б) слезливость;

в) чувство безнадежности и отчаяния;

г) заметная неспособность справиться с требованиями повседневной жизни.

Отечественные авторы включают в понятие дистимии также невротическую депрессию (депрессивный невроз), рассматриваемую как переходный этап от невроза к невротическому развитию, хроническую тревожную депрессию и депрессивное расстройство личности. Описаны два варианта течения ***невротической депрессии***. В обоих случаях вначале отмечаются соматические жалобы (колебания АД, неприятные ощущения в области сердца, дисфункция желудочно-кишечного тракта). Затем появляется субдепрессивная симптоматика.

Через 2–3 года у *истероидных личностей* с утрированным и формальным пониманием чувства долга, прямолинейностью и бескомпромиссностью развиваются двигательная заторможенность, ощущение неловкости в руках, нарастающая слезливость, пессимизм, элементы психической анестезии; постепенно формируется невротическое истерическое развитие личности. У *пассивно подчиняемых людей* с монотонностью и бедностью эмоций наблюдается медленное нарастание депрессивной симптоматики с тоскливыми переживаниями и эмоциональной изоляцией, переходом в невротическое обсессивное развитие личности[104] (Лакосина, Трунова, 1994).

От депрессивных реакций адаптации дистимия отличается продолжительностью и рецидивирующим течением. От психогенной депрессии данное расстройство отличается отсутствием пусковой стрессовой ситуации, меньшей глубиной аффективных расстройств, большей выраженностью вегетативного компонента депрессии с выраженной слезливостью, гипотонией, обмороками и другими вегетативными кризами. От эндогенной депрессии дистимия отличается

парциальностью: тоскливо-тревожные переживания ограничиваются зоной конфликта, имеется психологически понятная связь с психотравмирующей ситуацией. Кроме того, если эндогенная депрессия реагирует на антидепрессанты, то при дистимии эффективны транквилизаторы.

Расстройство протекает на фоне пониженного настроения, которое пациенты обычно связывают не с конфликтом, а с соматическим состоянием. Симптомы колеблются по интенсивности, но обычно не очень выражены. Больные склонны переключаться с травмирующей ситуации на собственное состояние, обвиняют себя в случившемся, требуют от себя мобилизации сил и упрекают себя в беспомощности. Характерны навязчивые опасения нанести своими невольными действиями или неосмотрительными упущениями ущерб близким людям и навязчивые самопроверки.

Больные охотно и оживленно рассказывают о травмирующей ситуации и своем состоянии случайным собеседникам, активно ищут помощи. У них сохраняется способность реагировать на ободрение и шутку, они проявляют интерес к окружающему, а к себе – даже повышенный: «сочувствуют» себе, плачут от жалости к себе, женщины вскоре после поступления в стационар начинают усиленно следить за своей внешностью. Отмечаются стойкая гипотония, головная боль по утрам, слабость, разбитость, спастический колит (но запоры реже, чем при эндогенной депрессии) и сенестопатически-ипохондрические проявления[105]. Больным трудно заснуть из-за навязчивых воспоминаний дневных неприятностей и тревожного ожидания бессонницы. Их мучают пробуждения с тревогой и сердцебиением среди ночи или рано утром. Сексуальные дисфункции и эмоциональные нарушения усугубляют проблемы в семейно-личной сфере.

В преморбиде больных дистимией обнаруживается невротический склад личности, часто имеются отдельные истерические черты, душевная пустота, творческая фрустрация, повышенная впечатлительность, нерешительность в определенных ситуациях и глубокая привязанность к близким. Характерна прямолинейность, ригидность, гиперсоциальность, бескомпромиссность, обидчивость, раздражительность. Демонстрируемые альтруизм, скромность и почтительность маскируют подавляемую агрессивность и требовательность, которые проецируются на окружающих. Это индуцирует агрессивно-оборонительное поведение партнера, и он отворачивается от пациента, чего тот и опасался. Стремление подавлять проявления враждебности трансформирует ее в аутоагрессию. Так начинается первый, а затем и последующие

приступы дистимии.

Провоцирующими ситуациями могут служить:

- потеря покровительства опекающей фигуры;
- враждебность другого человека;
- изменение социального статуса;
- переезд;
- уход в отпуск;
- нарушение установленного порядка;
- «незаслуженные, обязывающие» подарки и поощрения;
- отступление от собственных правил;
- вынужденные ограничения и запреты;
- превозмогание боли;
- биологические кризы (пубертат[106], климакс);
- менструация и беременность;
- роды и послеродовый период.

Некоторые пациенты заявляют, что депрессия у них существует так долго, сколько они себя помнят. Чаще дистимия развивается в старшем подростковом или молодом зрелом возрасте на фоне длительной психотравмирующей ситуации, как правило субъективно значимой, неразрешимой и в значительной мере обусловленной особенностями личности больного еще до болезни. Заболевание обычно начинается со снижения настроения со слезливостью и идеями несправедливого отношения к себе, переходящими в самоупреки. Хотя высказывания пациентов отражают содержание психотравмирующей ситуации, они не замечают ее реальных трудностей и строят неоправданно оптимистичные планы на будущее. Из-за своих личностных особенностей больные не могут изменить травмирующую ситуацию. У многих больных, особенно при семейно-сексуальном характере конфликта, отмечается «бегство в работу», где состояние нормализуется. Однако ипохондрическая фиксация, наряду с трудностями в общении и сосредоточении внимания, снижает их трудовые возможности.

Нарастает раздражительность и навязчивая озабоченность прошлыми ошибками и разочарованиями в межличностных отношениях. У больных понижается самооценка, им становится трудно сосредоточить внимание, сложно принимать решения, они озабочены своими прошлыми ошибками и разочарованиями в межличностных отношениях. Появляется заметная неспособность справиться с требованиями повседневной жизни. На высоте переживания у больных возникает чувство безнадежности и отчаяния. Из-за своего постоянного недовольства, склонности к брюзжанию и придирчивости, угрюмости и нелюдимости

пациенты постепенно оказываются в изоляции. У них формируется комплекс неудачника, причем в своих бедах они обвиняют обстоятельства и других людей, драматизируя свои переживания, подчеркивая свою «сверхчувствительность» и чуть ли не благородную неспособность противостоять жизненным трудностям. Характерны высказывания типа «Я самое несчастное существо на свете», которые подкрепляются театрально скорбной мимикой, стонами, рыданиями, вспышками гнева и сочетаются с грубыми притязаниями, упреками и сарказмом.

Возможны эпизоды повышенной активности, например при организации похорон объекта утраты, увековечивании его памяти, завершении не законченных им дел с эмоционально обусловленной переоценкой их значения. При ипохондрической фиксации пациенты много работают со специальной литературой, добиваются консультации ведущих специалистов, выявляют «плохих» врачей и доказывают их некомпетентность. Разочарованные во всем пациенты вдруг начинают активно «работать над собой», увлекаются эзотерикой, становятся сектантами, бескомпромиссно пропагандируют новомодные теории. Во многих случаях дистимия переходит в рекуррентное депрессивное расстройство, суть которого в повторяющихся приступах, или в циклотимию с высоким риском суицида. Нередко отмечается компульсивное употребление ПАВ и алкоголя, что может приводить к развитию наркомании и алкоголизма.

Дистимия во многом обусловлена слабостью Эго, истощенного бессознательными невротическими конфликтами. Это вызывает чувство неполноценности и неуверенности в возможности понравиться сексуальному партнеру. Больные дистимией нередко стараются привязать своего избранника мазохистским способом, демонстрируя свои страдания и вызывая у объекта чувство вины или шантажируя его по формуле «Ты не должен меня бояться, ты обязан меня любить!».

Дистимия чаще развивается у подростков-сирот или имевших плохой родительский уход в раннем детстве. Характерно сочетание гиперопеки и строгого гиперконтроля матери, что ведет к выученной беспомощности ребенка с постоянным чувством страха и вины, делает его зависимым, ранимым и несамостоятельным. Обычно подобная гиперопека отражает вытесненные агрессивные тенденции матери по отношению к ребенку и направлена на запрет проявлений враждебных чувств с обеих сторон. Ребенку разрешено испытывать лишь страх и чувство вины. Так агрессия трансформируется в гетероагрессию – агрессию, направленную на других, а у ребенка формируется

амбивалентный конфликт между сильной зависимостью от родителей и подавленными агрессивными чувствами к ним, между потребностью в независимости и страхе разлуки. Впоследствии даже при угрозе отвержения возникает глубокая нарциссическая обида, появляются враждебные чувства к объекту зависимости, которые обращаются против пациента в форме самообвинений.

Что делать. Мотивируйте необходимость психотерапии для больного. Обычно после нескольких бесед наступает улучшение, которое держится на позитивном терапевтическом переносе. Продолжайте намеченную программу лечения, желательно в психотерапевтическом стационаре в расчете на благотворное влияние терапевтической среды и групповой терапии. Лишь при отсутствии такой возможности приходится ограничиться поддержкой больного в кризисные периоды и симптоматической психофармакотерапией. Порекомендуйте пациенту выполнять половину своей рабочей нагрузки, причем во второй половине дня, а до обеда по возможности лежать в постели, расслабляться и ничего от себя не требовать

Терапевтический подход зависит от причины дистимии. Если она развивается в связи с фрустрациями, научите пациента довольствоваться малыми успехами, выработайте у него умение понимать и принимать позицию значимого другого. В случае накопления негативных эмоций дайте пациенту возможность разрядить их в терапевтической беседе и помогите ему взглянуть на конфликтную ситуацию со стороны. Для пациента с душевной пустотой, не имевшего опыта эмоциональной привязанности, чувство симпатии к психотерапевту может стать катализатором для развития впоследствии любви к потенциальному спутнику жизни.

Послеродовая депрессия

Послеродовая депрессия является показанием для терапии, если женщина соглашается со следующими утверждениями:

- Ребенку больше месяца, а она не испытывает к нему никаких добрых чувств.
- Ребенку меньше месяца, а она уже два раза ударила малыша.
- Она не может удержаться от несильных, но злобных шлепков.
- Она систематически кричит на ребенка.
- Она плачет все время, пока не спит.
- Она не может есть и плохо спит.
- Ее состояние угрожает ее жизни, здоровью ребенка или его жизни.
- Депрессия сохраняется в течение нескольких месяцев после родов.

Истерическая форма расстройства обычно возникает при наличии в анамнезе гиперсексуальности (в том числе навязчивой мастурбации) или фригидности, враждебных чувств к мужу, неудовлетворенности работой и бытовыми условиями. Преобладает мучительное чувство неспособности испытывать любовь к мужу, ребенку, иногда сопровождающееся суицидными мыслями. На высоте состояния возникает навязчивый страх убить ребенка (ударить его ножом, выбросить с балкона и т. п.), сопровождающийся яркими представлениями и опасениями их реализации.

Неврастеническая форма расстройства протекает с заметными вегетативно-эндокринными нарушениями, часто наблюдается увеличение или уменьшение веса тела. Больные жалуются на недомогание, раздражительность, ухудшение умственных и физических возможностей. Апатическая форма проявляется в равнодушии к ребенку и близким, ощущении пустоты жизни, отсутствии энергии, трудности принятия решений. Женщина становится ипохондричной, перестает справляться с обычными домашними делами.

***Ананкастная* форма** характеризуется чрезмерным страхом ответственности за ребенка, агрессивными фантазиями в его адрес и связанной с ними фобией острых предметов. В ее снах ребенок гибнет при страшных обстоятельствах или она сама жестоко убивает и даже поедает его. Женщина испытывает различные навязчивые опасения за жизнь ребенка, не верит, что

сможет его вырасти, изучает специальную литературу и обращается за помощью к своей матери.

Рекомендации (Воронов, Гримблат, 2005) следующие.

Расскажите домашним о послеродовой депрессии и объясните, что с ней не всегда можно справиться волевым усилием. Когда вы из-за ухудшения состояния невольно обидели кого-то и извиняетесь, не стесняйтесь добавить, что это из-за депрессии. Попросите всех членов семьи помочь вам, не делайте того, что могут сделать они. Используйте для готовки полуфабрикаты и замороженные овощи. Если вы храните обиду на мужа, что он выпивал с друзьями, пока вы рожали, представьте себя на его месте. Вы могли бы сидеть в такой момент в одиночестве и ждать результата? Мужчина часто просто не умеет рассказать, что он переживал в этот момент.

Знайте, что у кормящей матери часто понижается половое влечение, вплоть до отвращения к мужу. Не надо проявлять это в грубой форме, не дайте себе стать истеричкой и надолго испортить отношения с супругом. Все утро до обеда посвятите сну – после обеда и ночью ребенок не даст вам спокойно поспать. Если ребенок довел вас до истерики, передайте его кому-нибудь из домашних или плавно положите в кроватку и отправьтесь куда-нибудь отвлечься. Выпустите пар, хлопнув дверью, хорошенько выругавшись. Примите душ, выпейте чай, позвоните подруге. Представьте в подробностях, что могло бы произойти, если бы вы не сдержались. Когда придете в себя, вернитесь к малышу.

Психогенная депрессия

Психогенная, реактивная депрессия характеризуется субдепрессивной симптоматикой. Наблюдаются тоска, тревога, апатия, ассоциативная и двигательная заторможенность, беспокойство, понижение самооценки, негативная оценка прошлого, настоящего и будущего, вегетативные расстройства. Многие больные совершают суицидные попытки. От дистимии данное состояние отличается большей глубиной аффективных расстройств, меньшей выраженностью вегетативного компонента депрессии. Отличить психогенную депрессию от эндогенной помогают следующие критерии.

Эндогенная депрессия	Психогенная депрессия
Нарушение непрерывности сна	Нарушение засыпания
Раннее пробуждение	Не характерно
Наибольшая глубина депрессии — утром	Наибольшая глубина депрессии — вечером
Чувство утраты чувств	Смена настроений
Самообвинения	Тенденция обвинять других
Тоска	Невротические симптомы (страх и слабость «Я»)
Часто начало фазы без видимых причин	Вызывающее событие
Течение в форме фаз	Раннее начало, многолетнее течение
Стабильность восприятия окружающего	Отвлекаемость
Наследственная отягощенность	Биографические особенности
Выраженное похудание	Не характерно
Бред	

Отставленная психогенная депрессия развивается спустя какое-то, иногда довольно значительное, время после вызывающего события. Весь этот период личность пытается справиться с переживаниями, но это ей не удается, и постепенно начинают нарастать слезливость, бессонница, повышенная утомляемость, вялость, чувство бессилия. У больных возникает чувство «усталости от жизни», убеждение, что они «сломлены», обречены влачить жалкое существование. После этого у них быстро формируются суицидные замыслы, они тщательно

подготавливают самоубийство, совершают его в одиночестве, обычно оставляют предсмертную записку. Если случайно их удается спасти, они обычно повторяют суицидную попытку. Психогенные субдепрессии у психопатических личностей отличаются затяжным течением, плохой податливостью к лечению и склонностью к рецидивированию из-за поведенческих расстройств, создающих вокруг больного атмосферу хронического стресса.

Депрессия у истероидных личностей легко и на короткое время возникает в череде других аффективных состояний высокой интенсивности в силу эмоциональной неустойчивости пациентов. Основной причиной депрессии является обида на окружающих, которые отказывают ему в признании. Расстройство отличается острым началом, капризно-раздражительным оттенком настроения, яркостью и выразительностью высказываний, склонностью к аффективному самовзвинчиванию.

Больные драматизируют свои переживания, заламывают руки, рыдают, падают в обморок. С целью получения сочувствия они могут наносить себе незначительные травмы, высказывать суицидные угрозы. Наблюдаются функциональные соматовегетативные и легкие конверсионные расстройства, ухудшаются аппетит и сон. Больные с усилием справляются с неотложными делами, испытывая затем выраженную усталость. Сужается круг интересов из-за фиксации на своих переживаниях.

Пациенты делают все для того, чтобы добиться внимания, вместо того чтобы делать что-то нужное для других. Неудивительно, что их отвергают. Последним шансом вызвать сочувствие и одновременно наказать за невнимание к себе становится демонстративная суицидная попытка. Окажите пациенту эмоциональную поддержку и только потом осторожно и постепенно помогите ему обрести более реальный взгляд на его стиль взаимоотношений и причины конфликтов. Более трезвая самооценка и адекватный уровень притязаний способствуют налаживанию более глубоких и стабильных отношений с людьми, что приводит к улучшению настроения.

Нарциссическую личность привлекает лишь недостижимое, все достижения – новая профессия, повышение в должности, любовь – быстро обесцениваются. Депрессия начинается с разочарования в себе или другом, это ведет к нарциссической обиде. Пациент отказывается действовать, реагировать, испытывать потребности, желания и фантазии, вступать в контакт с людьми и собственным бессознательным. Появившаяся беспомощность становится невыносима, в связи с этим больной в качестве компромисса с обидой бессознательно пытается получить нарциссическую

подпитку от объекта. Возникающая при этом зависимость вызывает чувство невыносимого стыда и неполноценности, и тогда объект окончательно обесценивается. Остается внутренняя пустота, которая защищает пациента от дезинтеграции личности и суицида.

Покажите пациенту невыгодность постоянно демонстрировать свое превосходство и обесценивать других людей; общаться лишь с менее успешными людьми, высказывающими уважение и восхищение; отказываться от всего нового, что не сулит быстрый блестящий успех; в случае неудачи поддаваться чрезмерному чувству стыда, отказываться от общения и уходить в болезнь.

Депрессия у пограничных личностей наблюдается наряду с гипоманиакальными[107] фазами, продолжительность депрессивной фазы может составлять от одного дня до нескольких месяцев. Вызывающим событием служит сочетание психотравмирующих факторов или массированное длительное воздействие, приводящее к изменению или вызывающее угрозу изменения жизненного стереотипа. У большинства пациентов наблюдается комбинирование межличностного конфликта с дезадаптацией в учебно-профессиональной, административно-правовой и коммунально-бытовой сферах.

При малой выраженности психотравмирующих факторов у пациентов можно выявить перенесенные в прошлом психогении, сенсибилизирующие индивида к травмирующей ситуации. Во время депрессии пациент тоскует об утраченном мире, который стал холодным и темным, пытается слиться с ним – чаще всего с помощью полового акта или мистического растворения в смертельной пустоте. В последнем случае пациент может совершить суицидную попытку. Проявите внимание к эмоциональным нуждам пациента и одновременно покажите ему невыгодность расщепления и отрицания, помогите выработать более зрелые психологические защиты.

Депрессия у экспансивных шизоидов связана с их восприятием внешнего мира как враждебного, который не удается завоевать, поскольку окружающее воспринимается рассудочно, абстрактно, отсутствует эмоциональный контакт с людьми. Невозможность слиться с остальным миром вызывает желание его уничтожить, а неспособность сделать это обращает агрессию внутрь. Потребность постоянно одерживать победы повышает уровень притязаний, а фрустрации вызывают внутреннее напряжение и негативные переживания депрессивного спектра. Подобные переживания становятся центром внутренней жизни пациента, которому остается мазохистски упиваться своими страданиями.

Помогите пациенту понизить уровень притязаний, научите его искусству проигрывать, получать удовольствие от общения с природой, животными, виртуальными партнерами в Интернете; после этого можно ожидать эффекта от групповой терапии.

Депрессия у избегающих личностей развивается из-за их скованности различными запретами и долженствованиями. Ощущение неизменно ограниченного жизненного пространства вызывает у пациента постоянную высокую тревожность и агрессивность. Он скрывает свои потребности и обиды от близких, демонстрируя им свой альтруизм, а сдерживаемая строгими моральными запретами агрессия направляется на самого пациента. Главным источником удовлетворения является неукоснительное соблюдение табу, в первую очередь – на переживание радости. Поэтому парадоксальной причиной депрессии становится ситуация, «чреватая» наслаждением опасной свободой или счастьем. В такой ситуации у пациента возникает чувство вины и потребность в самонаказании.

Постарайтесь улучшить самовосприятие пациента, помогите ему избавиться от чувства вины, обучите навыкам уверенного, самоутверждающего поведения.

Депрессия у обсессивных личностей обычно возникает циклически, без серьезной причины, длится от нескольких дней до многих месяцев. Почвой для депрессии служит пониженный фон настроения, постоянное недовольство собой, ощущение собственной ничтожности, частые реакции самообвинения. Больные испытывают страх неожиданных, непредвиденных событий, тревожные колебания по поводу принятия элементарных решений, сомнения в благоприятном исходе совершенных поступков, обоснованности сказанного с множеством самоупреков.

На высоте тревоги навязчиво появляются яркие образные представления аморальных или криминальных действий со страхом потери самоконтроля и реализации агрессивных или аутоагрессивных, то есть направленных на себя, импульсов. Высок риск суицида, хотя обычно дело ограничивается лишь попытками из-за невозможности окончательно решить гамлетовский вопрос.

В работе с таким пациентом стимулируйте у него разрядку негативных эмоций, чтобы он смелее освобождался от них; в результате у него повышается уровень гедонизма.

Трансактные аналитики связывают происхождение суицидогенных установок с Родительским предписанием «Не будь!», которые приводят к следующим ранним решениям Ребенка.

● Если все пойдет слишком плохо, я убью себя.

● Если ты не изменишься, я убью себя. Я убью себя, и ты пожалеешь об этом (или полюбишь меня).

● Я почти умру, и ты пожалеешь об этом (или полюбишь меня).

● Я заставлю тебя убить меня.

● Я докажу тебе, даже если это меня убьет.

● Я доведу тебя, даже если это меня убьет.

Заключите с Взрослым контракт не убивать себя, по крайней мере во время прохождения курса терапии. На втором шагу терапии Ребенок борется против уничтожающего Родительского предписания и заново решает жить. В течение третьего этапа Приспособившийся Ребенок расстается с представлением о себе как о никчемном и незначительном человеке, а Свободный Ребенок признает свою внутреннюю ценность и объявляет себя достойным жить. В завершающей, четвертой, стадии терапии пациент становится себе Родителем, и новый Родитель любит Ребенка и заботится о нем (М. Гулдинг, Р. Гулдинг, 1997).

Возрастные аспекты депрессии

Депрессии у детей и подростков. Р. Шпитц (2000) описал у детей второго полугодия жизни, разлученных с матерью, *анаклитическую депрессию* (гр. *anaklitos* – опирающийся). Диагностические признаки: печальная внешность ребенка, его аутичность, апатия, психомоторная заторможенность, отсутствие чувства удовольствия, повышенная раздражительность. Характерны широко открытые глаза, безучастное выражение лица, трудность установления контакта. Наблюдаются нарушения суточного ритма сна-бодрствования, нарушение сосания, нарушения пищеварения, иногда эпизодическое повышение температуры тела. Через пять месяцев происходит регресс психики до уровня маразма, часто наступает смерть.

Депрессия у младших дошкольников отличается мимолетностью, ее выраженность не соответствует поводу, подавленность незначительна, преобладают эмоционально-навязчивые неврозоподобные проявления, двигательные и вегетативные реакции. В старшем дошкольном возрасте присоединяются соматоалгические (боли во внутренних органах психического происхождения) и рудиментарные, слабо выраженные бредовые симптомы, которые в младшем школьном возрасте нарастают и сочетаются с массивными идеаторными и абулическими расстройствами. В препубертате (7–13 лет) появляются отчетливые депрессивные идеи и нарушения поведения, характерные для пубертатного возраста.

Начиная с 9–10 лет у детей может развиваться невротическая депрессия, отличающаяся поступательным, не всегда связанным с ситуацией нарастанием аффективных расстройств. Появляется тоскливый аффект, который приобретает витальный оттенок с чувством подавленности, несвободы, пустоты в груди; у старших подростков устанавливается типичный суточный ритм. Далее отмечается нарастание тревоги, и спустя 4–5 лет формируется хроническая тревожно-тоскливая депрессия с частыми депрессивными эпизодами, не обусловленными происходящими событиями. На фоне дистимии возможно возникновение выраженного депрессивного приступа или в более позднем возрасте – переход в циклотимию.

Пубертатный криз включает перепады настроения без достаточных причин и другие попеременные полярные проявления: повышенная ранимость и бравада, застенчивость и развязность, сентиментальность и черствость, жажда признания и подчеркнутая независимость, антиавторитарность и обожание

случайных кумиров, чувственное фантазирование и сухое мудрствование.

У подростков на фоне специфических подростковых нарушений поведения развиваются следующие варианты депрессий: астенодепрессивный, меланхолический с двигательной заторможенностью, дисфорический, соматизированный и ассоциативно-ускоренный. Психогенные депрессии у подростков протекают с выраженными вегетососудистыми и невротическими проявлениями, невротическим уровнем дезорганизации психической деятельности. На фоне аффективных кризов и колебаний настроения развиваются специфические подростковые нарушения поведения от делинквентных до криминальных.

У младших подростков депрессия обычно протекает в следующей форме. Проблемы в поведении в школе и в успеваемости, трудности концентрации внимания, длительное сидение, «уставившись в одну точку». Вялость, пассивность, скука. Реакции раздражения на родителей, когда те пытаются попросить их что-то сделать. Капризы, отстраненность, слезы тайком. Легко возникающие переживания отверженности. Неясное желание умереть. У старших подростков наблюдается два варианта депрессии: психогенная и эндогенная.

При *психогенной депрессии* наблюдаются объяснимое снижение настроения; чаще тревожность, чем заторможенность; трудности засыпания, сердцебиение, отсутствие вялости; изменения настроения связаны с реальными ситуациями, отсутствуют колебания настроения в течение дня. Психогенная депрессия обычно связана с кризисом идентичности, но в ряде случаев принимает затяжной характер и переходит в дистимию.

Для эндогенной депрессии характерны следующие признаки: необъяснимая подавленность; заторможенность или ажитация и тревога; вялость, ослабленные реакции на внешние воздействия; изменение настроения в течение дня: как правило, по вечерам настроение улучшается. Больные предъявляют жалобы на утомляемость, потерю аппетита и нарушения сна: частые пробуждения ночью, раннее пробуждение утром в плохом настроении, невозможность повторного засыпания.

У большинства суицидальных подростков выявляются инфантильно-зависимые и амбивалентные связи с матерями, в то время как сами матери были депрессивными и суицидальными. Суицидальность этих подростков основывается на идентификации с матерью, со стороны которой они не получили достаточно любви и привязанности. Поскольку болезненные переживания ребенка не допускаются и не обсуждаются, у него формируется

защита от подобных переживаний в форме вытеснения, и он не осознает их.

В подростковом возрасте человек стремится сделать более явной свою эго-идентичность в отношениях с родителями, сверстниками и лицами противоположного пола. Диффузия идентичности приводит к ролевому смешению, чувствам сомнения, неуверенности, беззащитности, бесцельности и бесполезности. Актуализируется потребность в принятии и оказывается достаточно сформированной способность обсуждать свой депрессивный фон настроения и свое поведение. На этом фоне возникают эпизоды деперсонализации-дереализации, склонность к психогенным депрессиям и суицидное поведение. Этим объясняется распространенность внезапной манифестации[108] депрессий в полной форме в препубертатном и пубертатном возрасте.

Юношеская депрессия проявляется в следующих формах. При *апатической форме* пациент начинает отставать в учебе из-за отсутствия интереса и душевных сил. Он не может заставить себя ничем заняться, перестает следить за своим внешним видом, часами сидит в кафе или целый день лежит дома, слушая музыку. Иногда напивается, хулиганит, вступает в случайные половые связи.

Оппозиционная форма характеризуется конфликтами со старшими, особенно с родителями и учителями. Молодой человек бунтует против любых правил и норм, хулиганит, убегает из дома, уходит в криминальный мир. В случаях «тихой» агрессии, когда бунт ограничивается саботажем, упорным деланием «назло», больше выражена аутоагрессия. Наблюдаются самоповреждения и суицидные попытки, алкоголизация и наркотизация, пренебрежение социальными обязанностями, учебой и карьерой.

Аскетическая форма проявляется отказом от интересной профессии, прежних увлечений, собственного развития, любви. Пациент плывет по течению, так как не верит больше в свои возможности и в хорошие перспективы. Он ожидает от будущего одних неприятностей, испытывает отвращение к жизни и самому себе. Его состояние все больше определяется самоотречением и готовностью самоуничтожения.

Лабильная форма выглядит как чередование приступов «хандры», которые продолжаются от нескольких часов до нескольких дней, с редкими состояниями подъема. В последнем случае пациент обычно дурачится, бунтует против близких, в поисках приключений убегает из дома. В основе состояния лежит ощущение бессмысленности своей жизни и незначительности

собственной личности, которое усиливает характерный для этого возраста комплекс неполноценности и внутренняя агрессивность. Высок риск суицида (Кемпинский, 2002).

Часто причиной юношеской депрессии является одиночество, вызванное пониженной самооценкой, невозможностью вырваться из симбиотической семьи, преодолеть страх интимных отношений.

В инволюции (в 45–60 лет) преобладают затяжные тревожно-ипохондрические депрессии (*инволюционная меланхолия* старых авторов). Данное расстройство чаще развивается на фоне хронических неврологических и соматических заболеваний, что приводит к доминированию в клинической картине соматизированной симптоматики и стойкой ипохондрической фиксации. Характерно сочетание тревожно-депрессивного аффекта с речевым и двигательным беспокойством, доходящим до ажитации. Снижается самооценка, появляются пессимистические представления о собственном будущем, размышления о бессмысленности существования. Развиваются бредовые идеи самообвинения, самоуничижения, несправедливого обвинения окружающих, преследования, ущерба, обкрадывания, ревности, отравления, а также ипохондрические переживания в структуре нигилистического бреда Котара. Наблюдаются также такие варианты расстройства, как брюзжащая (дисфорическая) и апатическая депрессия. Отмечаются резистентность к терапии и неполный выход из болезненного состояния. Уменьшение в этом возрасте антисуицидных факторов повышает риск самоубийства, которое может выглядеть как прекращение заботы о себе с отказом от помощи.

У пожилых в 60–70 лет чаще наблюдаются такие варианты депрессии, как «простая», заторможенная, ипохондрическая, тревожно-ипохондрическая, соматизированная, слезливая, реактивно окрашенная вялоапатическая депрессия. После 70 лет обычно развивается старческая депрессия (брюзжащая, угрюмая) и параноидно окрашенная депрессия. В ряде случаев наблюдается *депрессивная псевдодеменция,* проявляющаяся в мнестико-интеллектуальных (память, речь, внимание, речь и т. д.) нарушениях, которые проходят по мере обратного развития аффективной фазы.

Особенности психотерапии

Больной, находящийся в глубокой депрессии, не имеет сил для психотерапевтической беседы; безуспешные усилия психотерапевта могут усилить у него чувство неполноценности и вины. Госпитализируйте пациента, чтобы он считал себя заболевшим, а не просто «опустившимся», «потерявшим волю» и т. д. Чтобы избежать развития психофобии, объясните пациенту, что его расстройство пройдет безо всяких осложнений. При этом ему не надо стараться преодолеть болезнь – приступ закончится сам, а неприятные симптомы удастся смягчить с помощью терапии. Пациенту надо не упрекать себя за утрату жизненных ценностей и интересов, а расценить эту временную утрату как характерный признак депрессии. Ему не стоит выносить суждения о ценности своей жизни, так как пока он испытывает болезненное отвращение к ней, он не может быть объективен.

В начале лечения позвольте пациенту почувствовать себя маленьким, зависимым и беспомощным, освободите его от чрезмерных нагрузок, которые подчеркивают его беспомощность и никчемность. В высказываниях больного обычно много агрессии, направленной на самого себя и способной вызвать у психотерапевта ответную враждебную реакцию в виде требования прекратить это «нытье». Терпеливо выслушивайте монотонно повторяемые самообвинения и опасения пациента, заинтересованно обсуждайте все события его повседневной жизни, ободряйте пациента, указывая на реальные для него возможности. Не оспаривайте его пессимистические идеи – они защищают его от перегрузок. Даже суицидные фантазии, пока они не овладевают пациентом, помогают ему сохранить уверенность, что он сам распоряжается своей жизнью и может прекратить страдания, если они станут невыносимыми, уйдя из жизни.

Пациент, переживающий чувство отчаяния, поверхностное подбадривание воспринимает как невыполнимое требование человека, который его не понимает. Он не может поверить, что депрессия скоро пройдет, а если бы и поверил, то не выдержал бы долго напряженного ожидания. Психотерапевт может лишь сослаться на свой опыт, что депрессия излечима. Попытки развеселить, «расшевелить» больного совершенно неуместны. Более эффективным является тихое, сочувственное нахождение рядом с больным, чтобы разделить его страдания и проявить искреннее участие.

Важнее, чем содержание слов, становится интонация – она должна напоминать музыку, которую предпочитают меланхолики:

музыку светлой печали. При таком подходе больной чувствует, что он не одинок, может опереться на понимающего человека и с ним вместе дождаться, пока из-за черных туч снова выглянет солнце.

В случаях неглубокой депрессии стимулируйте дыхание больного (дыхательная гимнастика, плавание, телесно-ориентированная терапия). Эффективен массаж затылка и живота. Поощряйте творческое самовыражение (музицирование, поделки, рисование), когда у больного появится такое желание.

Психоаналитическая терапия

В психоанализе депрессия понимается как переживание утраты. Реактивная депрессия возникает как реакция на утрату, вызванную внешними обстоятельствами, невротическая депрессия – как реакция на утрату, связанную с невротическим конфликтом, эндогенная депрессия лишает способности любить. При этом происходит идентификация с утраченным объектом с регрессом на орально-садистическую стадию с ее фрустрациями, когда ребенок испытывает к матери амбивалентные чувства любви и ненависти. В результате появляется чувство гнева. Однако суровое Суперэго наказывает человека при каждом появлении агрессивных побуждений чувством вины, которое трансформирует агрессию в аутоагрессию. Страстное стремление к поглощению желанного объекта и страх его разрушения символически выражается в чередовании волчьего голода и отказа от пищи.

М.М. Решетников (2003) выделяет следующие психодинамические механизмы депрессии. *Бессознательные* (формирующие механизмы депрессивного реагирования):

- утрата объекта любви;
- формирование реакции на утрату объекта любви;
- интроекция объекта любви и нарциссическая идентификация с ним;
- нарушение дифференцированной и адекватной оценки себя и объекта; генерация агрессии, направленной на объект, но переадресованной на себя;
- фрагментация и ослабление Эго, возможно – опустошение Эго;
- утрата способности любить (других и себя) в сочетании с чувством вины;
- переход функций интроецированного объекта из Эго в Суперэго и трансформация последнего в карающую инстанцию.

Сознательные (запускаемые конкретной психотравмирующей ситуацией):

- появление ощущений, связанных с «беспричинной» душевной болью;
- разрушение катексированного[109] образа себя и своей идентичности;
- обобщенное обращение всех враждебных чувств к объекту на себя;
- углубление конфликта с нереалистичным эго-идеалом и ожиданиями;
- формирование садомазохистской установки и позиции;
- развитие дефекта самооценки, не имеющей никаких внешних источников «подпитки»;
- снижение общей энергетики личности;
- вынужденный частичный или полный отказ от активной деятельности.

К основным депрессивным защитам относятся интроекция, идеализация, девальвация, поворот агрессии против себя, самопожертвование, формирование реакции, изоляция аффекта, уничтожение сделанного. Психомоторная заторможенность и стремление к уединению несут защитную функцию («обезболивание апатией»). Оцепенение блокирует возможность суицидных действий на период переработки утраты. Депрессивный аффект может служить цели адаптации: младенческий крик о помощи, детский страх наказания, взрослая попытка разжалобить и получить поддержку.

Необходима утонченная эмпатическая связи между аналитиком и депрессивным клиентом, которому нужны относительно частые и продолжительные встречи в зависимости от его настроения, необходимы теплое отношение и уважение – установки, которые не следует путать с чрезмерной добротой, симпатией, успокоением. Депрессивному клиенту нельзя отдавать очень мало или, наоборот, много, поэтому не следует допускать воцарения бессмысленной тишины или говорить чрезмерно много, слишком быстро или проникновенно.

В диагностической стадии уточните, страдает пациент от депрессивной вины или от страха наказания. При этом учитывайте, что тревожный аспект часто выходит на первый план как экран и защита против лежащих глубже депрессии и вины. Выясните, какие нарциссически ценные ожидания пациент не смог реализовать (начиная с самого раннего детства). Кто для него значимый другой, ради которого он живет, в ком нуждается и от которого не получает желаемого отклика. Существует ли

вина, связанная с подавленной агрессией, и если да, на кого направлен его гнев и отчаяние и к кому он обращается за любовью. Какие актуальные события предшествовали депрессии и как они могут быть связаны с событиями раннего детства, патологическими паттернами чувств и поведения.

Доведите до сознания пациента межличностный смысл и глубинное содержание депрессии, после чего пациент переходит от самообвинений к обвинению утраченного объекта и тут же переносит на терапевта мощные чувства любви и ненависти. Поддержите пациента в вытеснении интроецированного объекта из Суперэго и восстановлении собственного Суперэго. Ослабьте садомазохистские установки. Помогите пациенту интегрировать и укрепить собственное Эго и свою идентичность. Облегчите ему восстановление более объективной оценки себя и объекта, а также способность полюбить других и себя с одновременной редукцией чувства вины и проецированием ее вовне (в том числе на терапевта).

Способствуйте переадресации агрессии на объект (и временно – на терапевта), отреагированию негативного аффекта в терапии и оплакиванию утраченного объекта. Далее следуют «реинтроекция» объекта любви, «сепарация»[110] от него и постепенный отказ от нарциссической идентификации с ним, открывающие возможность для проработки. Повышается энергетический потенциал личности, формируется дифференцированная и адекватная оценка себя и объекта, разрешается конфликт с нереалистичным Эго-идеалом и ожиданиями, обретаются новые объекты привязанности и любви.

Поддерживайте у пациента проявления эгоизма, соперничества, а иногда и оппозиции, интерпретируя их как победу над страхом и угодничеством. Признавайте свои терапевтические ошибки, соглашайтесь с критикой пациента в свой адрес, чтобы помочь ему перейти из позиции «снизу» в положение «на равных». Готовность пациентов к самокритике используйте для атаки их сурового Суперэго. Прохождение завершающей фазы терапии требует бережной работы со страхом разлуки, который связан у этих больных с детским переживанием необратимой сепарации или утраты.

Когнитивная терапия

Предрасположенные к депрессии лица имеют специфические когнитивные искажения («депрессогенные схемы»), которые формируются в детстве и могут активизироваться жизненными ситуациями или стрессом:

● Я никогда не должен страдать; я всегда должен быть счастливым и безмятежным.

● Чтобы быть счастливым, я должен быть удачливым во всех начинаниях.

● Если я не использую каждый шанс для собственного продвижения, то позже я об этом пожалею. Я должен справляться с любым затруднением с полным самообладанием.

● Я должен быть способен быстро найти решение любой проблемы. Я должен все знать, понимать и предвидеть.

● Я должен быть всегда на пике продуктивности. Если я не достиг вершины, то потерпел провал. Если я допускаю ошибку, значит, я глуп.

● Я должен всегда владеть собой, я должен всегда управлять своими чувствами.

● Я никогда не должен испытывать усталость или боль.

● Моя ценность как личности зависит от того, что думают обо мне другие.

● Как чудесно быть популярным, известным, богатым; ужасно быть неизвестным, посредственным.

● Чтобы чувствовать себя счастливым, меня должны понимать (любить и восхищаться) все и всегда.

● Я должен быть самым щедрым, тактичным, благородным, мужественным и самоотверженным.

● Я должен быть идеальным другом, любовником, супругом, родителем, студентом, учителем.

● Я не могу жить без любви; если моя супруга (возлюбленная, родители, ребенок) не любит меня, значит, я ни к чему не годен.

● Если кто-то со мной не соглашается, значит, он не любит меня.

● Я должен считать виновным себя, я не должен никогда и никому причинять боль (Хорни, 1997; Бек, 2003).

В формировании депрессогенных установок участвуют следующие факторы.

● Утрата одного из родителей в детстве, после чего человек любые утраты интерпретирует как необратимые, вызывающие чувство потери контроля над событиями и небезопасности.

● Опыт ранней сепарации и, соответственно, переживания в детстве сепарационной тревоги.

● Опыт небезопасной привязанности в раннем детстве, чаще всего – к тревожной или отвергающей матери, неспособной обеспечить чувство безопасности.

● Наличие родителя, убежденного в своей неполноценности

и/или имеющего жесткую, ригидную систему убеждений и правил; эти установки перенимаются ребенком на основе моделирования и социальной идентификации.

● Негативный опыт общения со сверстниками, братьями и сестрами; дефицит социального опыта и социальных навыков – все это препятствует эмпирической проверке и переоценке ранних детских убеждений.

● Физический дефект (избыточный вес, ношение очков и т. п.) формирует низкую самооценку, а личностная защита в форме избегания контактов препятствует проверке и изменению детских коммуникативных схем.

Вызывающими событиями могут стать такие ситуации:

а) уход из родительской семьи и добрачной компании при вступлении в брак, невозможность достичь интимности в супружестве или победить брачного партнера с целью самоутверждения;

б) неожиданно возникшая невозможность оплачивать обучение, провал на экзамене или увольнение;

в) тяжелая болезнь, вызывающая страх смерти, потеря близких, особенно смерть ребенка для матери;

г) череда стрессоров, например уход любимого человека, вслед за которым следует учебный или профессиональный провал;

д) коварные стрессоры, действующие исподволь и незаметно, например совместное проживание с депрессивным больным или физическим инвалидом, которые требуют к себе повышенного внимания.

Встреча с неконтролируемыми событиями приводит к когнитивной и эмоциональной недостаточности, которая в результате вызывает «приобретенную беспомощность». События развиваются следующим образом. При неудачной попытке достичь желанной цели человек переживает фрустрацию; ему кажется, что дальнейшие усилия бессмысленны; у него появляется чувство беспомощности. Подтверждается ранее существовавшая у него убежденность, что его поступки не получат положительного подкрепления, и человек уменьшает количество попыток, направленных на улучшение своего положения. В конечном счете у него возникает чувство общего бессилия, беспомощности и развивается депрессия.

Постепенное снижение положительной стимуляции (уменьшение приятных или увеличение неприятных событий) приводит к снижению настроения и самообвинению. Если

начинается депрессия, то она обычно уменьшает шансы пациента получить положительное подкрепление своему поведению, что углубляет депрессию. Когда больного жалеют, депрессивное состояние также усиливается по механизму вторичной выгоды. Развитие депрессии связано с переживанием чувства своей неадекватности жизненно важной задаче. При этом у меркантильного человека это проявляется как обнищание, у ипохондрика – как физическая деперсонализация, у сверхсовестливой личности – как собственная аморальность.

Важной частью терапии является планирование занятий в течение дня. После первого интервью попросите пациента представить отчет о том, какими занятиями в настоящее время заполнен его день. Таким образом можно получить информацию об исходном уровне и формах активности пациента. С учетом этих исходных данных поручите пациенту заблаговременно планировать свой день. В случае непредвиденных обстоятельств пациент может скорректировать свой план.

Полезно также разработать заранее альтернативный план, предусматривающий помехи и препятствия (например, если плохая погода помешает запланированной прогулке). Если пациенту по каким-то причинам не удается заняться запланированным делом, он волен не возвращаться к нему позже. Если он справляется с каким-то делом быстрее, чем планировал, ему необязательно сразу же браться за следующее дело. У него появляется дополнительное время для какого-нибудь приятного занятия.

Для того чтобы облегчить выполнение того или иного дела, пациент может использовать им же составленные инструкции. Чтобы определиться с тем, какие формы активности надлежит включить в план, попросите пациента перечислить занятия, способные доставить ему удовольствие и подкрепляющие его чувство собственной компетентности. Выберите те занятия, которые легче и быстрее всего могут улучшить настроение пациента. Для преодоления регрессивных тенденций предложите ему девизы типа «Кровать – для сна, диван – для сидения. Проснулся – вставай».

Распорядок дня должен включать в себя формы активности, которые были свойственны пациенту в здоровом состоянии. Попросите его выполнять то, что он делал раньше, чтобы проверить, улучшится ли, хотя бы на время, его настроение. Побуждайте его к осознанию того, что он постоянно что-то делает, поскольку и пассивная активность остается активностью. Даже сообщение «Ничего не делал» можно преобразовать в высказывание «Сидел в кресле, пил кофе и читал газету».

Пациент должен записывать, что он делал в течение дня, не вдаваясь в излишние детали, но и избегая общих формулировок. Оптимальный вариант: «Сходил в магазин, заехал на два часа к друзьям, потом вернулся домой». В конце дня пациент просматривает список совершенных дел и за каждое дело ставит балл от 0 до 10, соответствующий степени достижения и удовольствия. В результате он восстанавливает пробелы в восприятии своего поведения, обнаруживает негативные иррациональные установки типа: у меня ничего не получится, меня ничего не радует и т. п.

Больной депрессией возвращается к уровню дооперационного мышления, свойственного детям от 2 до 7 лет. Подобному мышлению свойственны следующие особенности: глобальность и алогичность мышления; мыслительные процессы, не подверженные влиянию логики и доводам других; глубокий эгоцентризм в видении себя и других; вербальная коммуникация, осуществляемая преимущественно в режиме монолога; неспособность проявлять подлинную эмпатию; плохой контроль аффективных проявлений в стрессовой ситуации.

Аарон Бек (2003) обнаружил, что в происхождении депрессии патогенную роль играют следующие когнитивные нарушения:

- функциональная фиксация (снижение активности мышления, его стереотипность вследствие «связанности» мышления прошлым опытом);
- избирательность памяти с акцентом на негативные аспекты прошлого опыта;
- произвольность выводов – формирование их в отсутствие достаточных фактических данных;
- избирательная абстракция, когда целостное представление о ситуации формируется на основе одного, вырванного из контекста элемента с игнорированием остальных;
- сверхгенерализация – формирование обобщающего вывода на основании единичного случая;
- «максимизация-минимизация» – приписывание ситуации или ее аспектам неадекватно преувеличенного или преуменьшенного значения.

Помогите пациенту осознать правила неверной обработки информации и заменить их на правильные. Предложите выполнять задания, построенные как научный эксперимент. При этом необходимо определить проблему, выдвинуть предположение о причине проблемы, спроектировать и провести эксперимент для проверки гипотезы, оценить результаты эксперимента и принять, отвергнуть или скорректировать

гипотезу в соответствии с результатами эксперимента. Задание должно быть простым и легко выполнимым, чтобы пациент мог ощутить радость успеха и повысить уверенность в своих возможностях. Полезно провести мысленную репетицию задания в кабинете терапевта – это помогает выявить предвосхищаемые пациентом трудности и наметить пути их преодоления.

Затем направьте терапию на выявление неадаптивных установок, входящих в когнитивную депрессивную триаду Бека (негативный взгляд на мир, на будущее, на себя). Используйте следующие методы.

Катарсис – побуждайте пациента к аффективной вербализации своего состояния и плачу; при этом он начинает себя жалеть, отрицание себя заменяется принятием.

Самоидентификация – порицание других вместо самокритики позволяет выразить гнев и испытать ощущение силы и власти.

Разыгрывание ролей – жестко критикуйте пациента, используя его манеру самокритики, чтобы он осознал ее.

Реатрибуция (атрибуция – причинное объяснение поведения) – пациент, обвиняющий во всем себя, перебирает все его возможные причины, благодаря этому восстанавливается адекватное тестирование реальности и самооценка.

Децентрализация – пациенту кажется, что все замечают его состояние; когда он начинает внимательно наблюдать за окружающими, то приходит к выводу, что все заняты собственными делами.

Переопределение – пациент более точно и открыто определяет свою проблему (например, «никто не уделяет мне внимания» переформулируется как «я нуждаюсь в чьей-то заботе, мне нужно попросить об этом»).

Существенной частью терапии является ведение «Протокола дисфункциональных мыслей». Поначалу пациент заполняет только первые три колонки протокола, в которых регистрируются ситуации, вызвавшие негативные эмоции, сами эмоции и автоматические мысли. Выполняя это задание, пациент учится отслеживать изменения в своем настроении, находить более точные обозначения для своих чувств и улавливать взаимосвязи между эмоциями и автоматическими мыслями. Овладение этими начальными навыками помогает ему найти рациональные ответы на дисфункциональные автоматические мысли, которые вносятся в четвертую колонку. В последней колонке оценивается результат работы.

Ситуация	Эмоции	Автоматические мысли	Рациональный ответ	Результат
Опишите: 1. Событие, вызвавшее неприятную эмоцию.	1. Назовите эмоцию (тревога, печаль, гнев…).	1. Запишите автоматическую мысль, предшествовавшую эмоции.	1. Запишите рациональный ответ на автоматическую мысль.	1. Снова оцените степень убедительности автоматической мысли (0–100 %).
2. Мысли, образы, воспоминания, вызвавшие неприятную эмоцию	2. Оцените ее интенсивность (1–100 %)	2. Оцените, насколько убедительной является для вас эта мысль (0–100 %)	2. Оцените степень убедительности вашего ответа (0–100 %)	2. Назовите последовавшую за этим эмоцию и оцените ее интенсивность (1–100 %)

Определите по крайней мере 20 приятных для пациента занятий (в том числе прежних) и приучите его находить для них время хотя бы пару раз в день, обращая при этом внимание на приятные ощущения: визуальные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые, мышечные. Предложите ему вспоминать прошлые успехи; представлять небольшие, но удачные результаты; посмотреть на сегодняшнюю ситуацию из успешного будущего.

Используйте методы снижения тревожности (релаксацию, медитацию, спокойное самоутверждение) в сочетании с тренингом ассертивности. Произведите когнитивную перестройку депрессивного мировоззрения пациента (дихотомические (построенные на полярных понятиях) разделения, сверхобобщения (глобальные выводы на основе единичных фактов), негативные ожидания и склонность к представлению катастрофических последствий). С помощью десенсибилизации, ролевого проигрывания и ассертивного тренинга обучите пациента следующим навыкам: умению сказать «нет» необоснованным требованиям; способности добиваться расположения от других; выражению позитивных чувств; выражению критики и несогласия. Назначайте антидепрессанты по просьбе пациента лишь после того, как удостоверитесь, что он не ищет «магическую пилюлю», то есть будет исключена тенденция к лекарственной зависимости (Лазарус, 2000, 2001).

Рационально-эмотивная психотерапия (РЭПТ). А. Эллис (2002) выделяет следующие иррациональные убеждения, которые становятся терапевтическими мишенями[111].

● Существует жестокая необходимость быть любимым или одобряемым каждым человеком в значимом окружении.

● Каждый должен быть компетентным во всех областях знаний.

● Большинство людей аморальны, достойны презрения.

● Произойдет катастрофа, если события пойдут не так, как запланировал пациент.

● Человеческие несчастья обусловлены внешними силами, которые почти не поддаются контролю человека.

● Если существует опасность, не стоит пытаться ее преодолеть.

● Легче избегать жизненных трудностей, чем взаимодействовать с ними и нести за них ответственность.

● Слабый всегда зависит от сильного.

● Прошлая история человека должна влиять на его поведение сейчас.

● Не следует беспокоиться о чужих проблемах.

● Надо отлично решать все проблемы, иначе произойдет катастрофа.

● Если человек не контролирует свои эмоции, ему нельзя помочь.

Эллис вывел широко известную формулу поведения – ABCDE, где *A* – *antecedents* (что предшествовало поведению), *B* – *behavior* (поведение и сопровождающие мысли и чувства), *C* – *consequences* (последствия поведения для пациента и его окружения), *D* – дискуссия, *E* – эффект. Например, отвергнутый (*A*) любовник дополнительно к рациональному (*B*) переживанию события находится под влиянием иррациональных мыслей (*C*): «Значит, я ничего не стою; любая женщина отвергнет меня; я должен был лучше стараться; я заслужил такое наказание». Покажите ему, что не вызывающее событие *A* привело к нарушениям *C*, а иррациональные мысли *B*.

На этапе *D* подвергните сомнению иррациональные убеждения пациента:

● Действительно ли отвержение является катастрофой?

● Как оно может уменьшить мою значимость?

● Где доказательства того, что я не смогу понравиться ни одной женщине?

● Почему я обязан был еще больше стараться?

● По какому закону меня можно осудить за случившееся?

На этапе *E* замените иррациональные мысли рациональными: «Ситуация очень неприятна, но не катастрофична; я не являюсь

ничего не значащим, если не думаю о себе так; наверняка в будущем я кому-то понравлюсь; никто не требует насильно быть милым; нет закона, осуждающего за отвергнутую любовь».

Терапия проводится как индивидуально, так и в РЭПТ-группах и фокусируется на опознании иррациональных установок, ведущих к патологическим эмоциональным и психосоматическим реакциям, конфронтации с данными установками, их пересмотре и закреплении рациональных установок. Учебная модель предусматривает отношение к участникам группы не как к пациентам, а как к учащимся. Вместо исследования проблемных форм поведения предлагайте упражнения по тренировке недостающих навыков. Активно руководите группой, планируя каждое задание в связи с намеченной вместе с участниками целью, и ориентируйте их на ее достижение. Производите на протяжении всей работы измерение и оценку с помощью различных тестов и приборов, что позволяет ставить адекватные задачи и объективировать достижения.

На первом этапе терапии выявите наиболее значимые параметры вызывающих событий. Дифференцируйте события, которые могут и которые не могут быть измерены. Добейтесь осознания системы оценочных установок, затрудняющих разрешение конфликта, перестройки этих установок и принятия решения об изменении ситуации.

На следующем этапе выявите весь диапазон эмоциональных реакций на событие. Наблюдайте за экспрессивными реакциями пациента при рассказах о событии, давайте ему обратную связь, говоря о своем восприятии упомянутых реакций, высказывайте предположение о чувствах и мыслях у типичного индивида в подобной ситуации. Выявите иррациональные убеждения в том, что человеку жизненно необходимы всеобщее одобрение и любовь, что он должен быть компетентным во всем и всегда добиваться любых целей.

На заключительном этапе перестройте эти установки на трех уровнях: убеждений, воображения и прямого действия. Закрепите адаптивное поведение с помощью домашних заданий, тщательно индивидуализируйте их с учетом текущих возможностей индивида и особенностей его окружения. Предложите участникам группы вести дневник, в котором они отмечают проблемы, возникающие в процессе выполнения домашних заданий, и затем обсуждают в группе.

В тренинговой группе не прибегайте к интерпретациям, игнорируйте переносы, не анализируйте сопротивление. При отказе участника делать упражнение или вступить в обсуждение

предложите ему побыть в роли наблюдателя и включиться, когда захочет. Попытки обсуждать полезность предлагаемого упражнения отложите до его завершения. Если вся группа отказывается выполнять упражнение, предложите ей несколько других на выбор. Преобладание на занятиях уныния, раздражения и подобных негативных чувств может стать поводом для работы с этими чувствами.

Межличностная и семейная терапия

Межличностная терапия (Мафсон с соавт., 2003) – кратковременный (12–16 недель) амбулаторный курс лечения субдепрессий, часто в комбинации с антидепрессантами. Психотерапия направлена на улучшение общения и оценки окружающего, разъяснение особенностей эмоциональных состояний и облегчение межличностных контактов.

Первую стадию терапии посвятите диагностике, выявлению особенностей межличностного конфликта, определению срока лечения, частоты встреч. Проинформируйте пациента о клинике депрессий, их происхождении, течении и прогнозе. Вместе с пациентом выясните, какая из четырех основных межличностных тем (печаль, межличностные конфликты, изменение социальной роли и межличностные дефициты) связана с началом депрессивного расстройства. Обсудите план лечения, выделяя значение перестройки межличностных отношений; при необходимости подберите антидепрессанты.

Вторая стадия является основной, на ней решаются следующие задачи: преодоление депрессивного состояния, разрешение межличностных конфликтов, приспособление к изменению социальных ролей значимых других (уход повзрослевших детей из дома и т. п.) и коммуникативный тренинг. Активно руководите пациентом, поддерживайте его в решении конкретных проблем. Терапевтические взаимоотношения обсуждайте, когда они начинают мешать терапии. Если пациент переживает горе в связи со смертью любимого человека, способствуйте работе горя и убедите пациента пересмотреть свои интересы и отношения, которые заменят ему утраченные отношения.

При наличии межличностного конфликта установите характер ссор, составьте план корректирующих действий и измените ожидания человека в связи с конфликтом или измените стиль общения в целях разрешения конфликта. Для гармонизации межличностных отношений с окружающими постройте вместе с пациентом лучшие модели взаимодействия; разработайте новые

стратегии решения актуальных коммуникативных проблем; выработайте умения лучше преодолевать стрессовые ситуации в межличностном общении. Перестройте устаревшие стереотипы взаимоотношений со значимыми другими, не соответствующих изменившимся требованиям и новым возможностям пациента; добейтесь активного отказа от изживших себя схем общения в пользу более эффективных; закрепите новый стиль общения в различных ситуациях.

Поскольку после проведения второй стадии терапии межличностные конфликты обычно сохраняются, *третью стадию терапии* нацельте на диагностику конфликта и улучшение взаимоотношений в следующих сферах: коммуникация, половая жизнь, регулировка границ интимности и откровенности, проблемы власти в семье и достижение социально значимых ролей. Изменение социальных ролей партнеров по общению требует и от пациента смены своей роли. При этом решайте следующие терапевтические задачи: пациент справляется с потерей и принимает потерю старой роли; он начинает рассматривать новую роль в более позитивном свете; следом за достижениями при воплощении новой роли восстанавливается самооценка.

Семейная терапия. При лечении детей, подростков и молодых пациентов, находящихся по болезненным мотивам в конфликте с родителями, нетрудно увидеть ошибки, совершенные последними при воспитании. Еще легче заразиться негативным отношением пациента к родителям и начать соперничать с ними, играя роль идеального родителя. Тем самым усиливаются негативные эмоции пациента, что повышает риск аутоагрессии. Больше общайтесь с родителями, относясь к ним как к пациентам, – чтобы лучше понять причины их поведения и помочь пациенту тоже понять и простить их.

В родительских семьях больных депрессиями обычно доминируют матери при слабой периферической фигуре отца, отсутствует эмоциональная близость при высоком уровне критического контроля. В расширенной семье накапливаются стрессы (драки, жестокое обращение, алкоголизация, несчастные случаи, ранние смерти, тяжелые жизненные обстоятельства). Считается важным соблюдать внешние приличия и выполнять обязанности при отсутствии искренности, открытости в отношениях, взаимной поддержки и тепла. Ребенок, хвалимый матерью лишь как зависимое существо, затем направляет свою агрессию против себя самого и всю жизнь разрушает отношения любви, к которым так сильно стремится.

Брачные партнеры депрессивных больных чаще других

окружающих критикуют больного, проявляя тенденцию самоутверждаться за его счет. Между депрессивным больным и его партнером обычно развивается порочный круг. Больной (*Б*) угнетен, раздражен – партнер (*П*) пытается противодействовать уговорами, призывами. *Б* реагирует медленно, не может выполнить просьбу – *П* впадает в уныние, становится несдержанным, требовательным, испытывает чувства враждебности и вины. *Б* чувствует себя непонятым, уединяется – у *П* постепенно нарастает напряженность, он проявляет противоречивые реакции сближения-отстранения. *Б* становится все более беспомощным, трудно доступным для общения, обвиняет себя – *П* реагирует исходя из повышенных требований к себе в целях самозащиты, контролирует *Б*, который становится заторможенным, замкнутым и вследствие этого менее чувствительным (Хелл, 1999).

Семейная терапия особенно показана в случаях, когда депрессия у пациента связана с событиями внутри семьи и представляет угрозу ее стабильности. Договоритесь с родственниками больного, что они обратятся к врачу в случае ухудшения его состояния, даже если он по своим болезненным мотивам будет возражать против этого. Предостерегите против попыток предпринимать какие-либо шаги за спиной больного, чтобы не потерять его доверие и не укрепить у него уверенность, что все вокруг против него.

При проведении семейной терапии больного депрессией работайте над тем, чтобы расширить лечение за пределы первоначальной фокусировки на депрессивном пациенте. Поощряйте носителя симптомов, чтобы он восстановил с максимально возможной полнотой свой личностный статус в отношениях с семьей и с миром в целом. Приглашайте значимых членов семьи к участию в терапии и направляйте их внимание к самому депрессивному родственнику, но без чрезмерной включенности в его симптомы. Убеждайте наиболее ответственных членов семьи в том, что им надо выявлять и контролировать свои дисфункциональные эмоциональные реакции в отношении пациента. Такая дисфункциональная эмоциональность выражается либо в попустительском, не включенном отношении к пациенту, либо в нарочито ярком проявлении своих чувств.

Памятка близким депрессивного пациента

Партнерам депрессивных больных не следует отрицательные ощущения больного (например, жалобы на апатию, бессонницу, соматические жалобы) принимать за безделицу, игнорировать их, не давать их высказывать. Нельзя допускать никаких плоских утешительных высказываний или тривиальных подбадриваний. Никаких маневров с целью развеселить больного, если первая попытка в этом направлении была безуспешной.

Необходимо оценить сиюминутную безнадежность как проявление депрессивного состояния, дать больному реальную надежду на окончание депрессии. Не апеллируйте к его воле. Не говорите больному, что он «должен взять себя в руки», что он «мог бы, если бы захотел». Следует дать больному почувствовать, что его не считают несостоятельным, что он не виновен в болезненном состоянии, в котором находится в настоящее время. Не апеллируйте к таким добродетелям, как вера или чувство ответственности.

Освободите больного от необходимости принимать решения, если это для него мучительно. Ведите себя с больным спокойно, ровно, уверенно. Сами организуйте визит больного к врачу и сопровождайте его. Ни в коем случае не допускайте принятия больным важных решений в период депрессивного эпизода: например, таких, как перемена профессии, расторжение брака, планирование рождения ребенка и т. д. Только относительная разгрузка в области личных и служебных контактов (за исключением случаев тяжелой депрессии). Никаких кардинальных изменений в установившихся привычках. При отчетливо выраженной депрессии – не уходите в отпуск и не оставляйте больного.

Покажите свое сочувственное участие и понимание, когда больному тяжело что-то делать, но поддерживайте его в выполнении собственных насущных и реальных задач. Обратите внимание больного на все то, что ему удается сделать, но не позволяйте себе триумфальных интонаций. Следите за регулярным соблюдением режима, ритмичным распределением в распорядке дня (подъем, работа, еда, отход ко сну), который должен соблюдаться в будние, свободные и праздничные дни. Поддерживайте больного, не допускайте, чтобы он по утрам залеживался в постели,

ложился спать слишком рано и уединялся полностью в течение дня. Дайте ему понять, что сексуальные желания во время депрессии теряют свою силу или вовсе пропадают. Поддерживайте в больном сознание необходимости ухода за собой (соблюдение санитарных норм).

Не позволяйте себе при общении с больным пасть духом, например, когда чувствуете, что больной на все ваши усилия реагирует отрицательно, отвергает любые предложения. Не ослабляйте взаимоотношений и не обрывайте их, когда вербальный контакт застопоривается. В присутствии больного следует избегать наигранной веселости, оживленности, пересказа сплетен, анекдотов. Избегать выражений, которые могли бы заставить больного улыбнуться, так как это может пробудить в нем чувство вины или боязнь осрамиться. Никаких упреков и замечаний. Помните, что депрессивный больной очень чувствителен и раним и во всем легко усматривает подтверждение того, что его считают никчемным, ни на что не способным. Будьте осторожными в выражении иронии, сарказма и так называемых безобидных шуток – чувство юмора во время депрессии часто пропадает.

Не напоминайте лишний раз о былых успехах и достижениях. Во время тяжелой депрессивной фазы не надо пытаться выяснить причины и поводы изменения настроения. По возможности сосредоточьте внимание на текущем моменте, на испытываемых в данное время чувствах. Если больной в состоянии плакать (чего многие депрессивные больные не могут), поощрите его, дайте выплакаться. Не поддерживайте в больном тенденции постоянно требовать от себя самообладания (Хелл, 1999).

Близкие депрессивного больного должны реагировать не на содержание его высказываний, а на испытываемые им чувства.

● *«Я одинок».* – Не говорите: «Нет, ты не одинок! Я сейчас сижу с тобой. Неужели моя забота для тебя ничего не значит?» Говорите: «Я знаю, что ты сейчас чувствуешь себя одиноким. Может быть, я могу чем-нибудь помочь? Я рад просто быть с тобой. Вместе мы победим это чувство одиночества».

● *«К чему все это? Жизнь не стоит того, чтобы жить. Нет смысла так продолжать дальше».* – Не говорите: «Как ты можешь так думать? У тебя двое прекрасных детей и прекрасная работа. Я

люблю тебя. У тебя есть все, чтобы жить». Говорите: «Я знаю, что сейчас ты испытываешь такое чувство, но я хочу, чтобы ты знала, что ты много значишь для меня и для детей. Мы преодолеем это чувство безнадежности вместе».

● *«Я всех измучила своим состоянием».* – Не говорите: «Вовсе нет. Видишь? Со мной все в порядке. У меня сегодня был хороший день. И кроме того, я делал все возможное, чтобы помочь тебе». Говорите: «Я знаю, что у тебя сейчас такое чувство. И разумеется, порой бывает нелегко нам обоим, но мы преодолеем это обременительное чувство вместе».

● *«Что было бы, если бы меня больше не стало с вами?»* – Не говорите: «Не говори глупостей! Да что такое с тобой стряслось?!» Говорите: «Я бы ужасно скучал по тебе. Ты важна для меня. Я хочу дожить с тобой до старости. Мы пройдем через это вместе».

● *«Я ничтожество».* – Не говорите: «Если ты будешь о себе думать лучше, ты перестанешь говорить такие глупости». Говорите: «Я знаю, что сейчас ты чувствуешь себя бесполезным, но мы это преодолеем».

● *«Что бы ни делал, все плохо. Я никогда ничего не достигну».* – Не говорите: «Что ты говоришь? Ты талантливый инженер! Ты прекрасный отец! Ты просто любишь делать из мухи слона». Говорите: «Я знаю, что это печально, когда дела идут не так, как тебе хотелось бы. Меня это также огорчает. Чувство неудачи поистине болезненно. Но мы преодолеем это вместе».

● «*Как долго мне еще мучиться? Кажется, мне никогда не станет лучше».* – Не говорите: «Полно тебе! Ведь ничто не длится вечно. Ты и сам это знаешь». Говорите: «Я знаю, что страшно, когда приходится так много страдать. Но чувства приходят и уходят. Мы справимся с этим вместе». (М. Голант, С. Голант, 2001)

Семейная и групповая терапия для депрессивных больных с выраженными суицидными тенденциями показана в кризисных группах. Состояние больных может улучшиться в атмосфере взаимной поддержки, группового обсуждения личных проблем и положительного подкрепления, а также благодаря межличностному взаимодействию и немедленной коррекции когнитивных дисфункций другими членами группы. Участие в группе более двух пациентов с высоким суицидным риском или выраженной депрессивной симптоматикой требует слишком много внимания и времени, а при эндогенном механизме депрессии может создать неразрешимые проблемы для группы. Пассивность и ангедонизм[112] депрессивных больных уравновешивают включением в группу больного психопатией

аффективного круга, однако двое таких больных нередко вступают в соперничество между собой, подавляя остальных и дезорганизуя работу группы.

Шизофрения

Диагностика шизофрении требует, чтобы не меньше месяца отмечался минимум один из признаков, перечисленных в перечне I, или минимум два признака из перечня II.

Перечень I

1. Насильственные представления: «эхо»-мысли, вкладывание или отклонение мыслей, открытость мыслей.

2. Бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к мыслям, действиям, движениям или ощущениям; бредовое восприятие.

3. «Голоса», комментирующие поведение больного или обсуждающие его между собой; другие типы «голосов», исходящих из какой-либо части тела.

4. Стойкие бредовые идеи, которые не соответствуют традиционным культурным нормам и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или общении с инопланетянами).

Перечень II

1. Галлюцинации любого вида, если они отмечаются ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и неструктурированным) без отчетливого аффективного содержания.

2. Неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи.

3. Явления кататонического ступора или возбуждения.

4. «Негативные» симптомы: выраженная апатия, речевое обеднение, уплощенность или неадекватность эмоциональных реакций.

Шизотипическое расстройство, вялотекущая (латентная, малопрогредиентная) шизофрения. На протяжении более двух последних лет постоянно или периодически обнаруживаются по меньшей мере четыре признака из числа следующих:

а) неадекватный или суженный аффект, больной выглядит холодным и отчужденным;

б) странности, эксцентричность или особенности в поведении или внешнем виде;

в) обеднение контактов и тенденция к социальной аутизации;

г) странные взгляды (верования) или магическое мышление, оказывающие влияние на поведение и не согласующиеся с субкультуральными нормами;

д) подозрительность или параноидные идеи;

е) обсессивная жвачка без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим[113], сексуальным или агрессивным содержанием;

ж) необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализацию или дереализацию[114];

з) аморфное, обстоятельное, метафорическое, чрезмерно детализированное и часто стереотипное мышление, проявляющееся странной речью без выраженной разорванности;

и) редкие транзиторные (временные) психотические эпизоды с интенсивными иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями и бредоподобными идеями, обычно возникающими без внешней провокации. При этом в течение всего времени состояние не должно отвечать общим критериям для шизофрении.

Содержание мышления больных может включать параноидную подозрительность и идеи отношения (но не бредового характера), магическое мышление, а также фантазии, необычные или фантастические убеждения, не соответствующие данной субкультуре (но не бессвязность мышления). Наблюдается чрезмерная требовательность в общении с окружающими, которая не ослабевает при близком знакомстве.

При отграничении шизотипического расстройства от неврозов и психопатий обратите особое внимание на такие признаки развития болезни с нарастанием симптоматики (Гурьева, Гиндикин, 2002), как:

- патологическая привязанность к одному из родителей и сверхценные увлечения в дошкольном возрасте;
- преждевременное интеллектуальное развитие с одержимым отношением к учебе;
- ранняя сексуальная расторможенность;
- стойкий гипоманиакальный фон настроения;
- аутистическое фантазирование, лишенное произвольности и сопряженное с ненавистью к людям;
- причудливость интересов, интерес к бессмысленным занятиям;
- появление стереотипий и неопределенных или психологически непонятных фобий.

Шизотипическое расстройство проявляется в форме неврозоподобного и психопатоподобного варианта.

Неврозоподобный вариант имеет следующие отличительные признаки (Дубницкая, Колюцкая, 2000).

● Черты инертности, однообразия, штампованности в клинической картине стойких обсессивно-фобических, истерических, астенических состояний.

● Тенденция к генерализации наблюдаемых проявлений – формирование панфобических, субкататонических (истерических или импульсивных) состояний, явлений аутохтонной астении (спонтанное развитие не связанного с повышенными нагрузками тотального «упадка сил» с чертами соматопсихической хрупкости).

● Абстрактность, нелепость, вычурность содержания психопатологических проявлений – сенестопатий, галлюцинаций, навязчивых и бредовых идей.

● Формирование дефицитарных (негативных) расстройств в виде нарастающего аутизма, снижения побуждений, падения психической активности, эмоциональной нивелировки, а также нарушений мышления по шизофреническому типу: парадоксальность и аморфность суждений, склонность к резонерству, «обрывы и наплывы» мыслей, «пустота в голове».

В начале расстройства наблюдаются эпизоды деперсонализации и аффективных расстройств. Возможны истерические проявления, которые, наряду с капризностью, упрямством, обмороками, припадками и психогенными галлюцинациями, включают сенестопатии, немотивированную тревогу, явления болезненной психической анестезии. Навязчивости отличаются от невротических большей интенсивностью и сопровождающей их резко возрастающей тревогой, в некоторых случаях мучительные неодолимые наплывы навязчивостей могут доводить до суицида. Характерно абстрактное содержание навязчивостей («геометрические» навязчивости), навязчивое мудрствование, невозможность остановить наплыв бессвязных мыслей (*ментизм* от лат. *mens* – мысль).

Больные могут совершать нелепые ритуалы часами, не стесняясь посторонних. Часто присоединяются явления психического автоматизма, а также сенестопатии (например, неприятные ощущения неподвижности и «остекленения» глаз при навязчивой потребности что-то долго рассматривать). Навязчивые мысли эпизодически трансформируются в сверхценные идеи

отношения, когда больному кажется, что на него «косятся», подсмеиваются над ним; при этом безразличные прежде события начинают теперь угрожающе напоминать о содержании навязчивостей, приобретают тревожный характер «особого значения». Ипохондрические жалобы приобретают вычурный и нелепый характер («мусор в голове», «сохнет мозг», «каменеет тело»), высказываются как непоколебимые убеждения.

Фобические проявления характеризуются внезапным непродолжительным появлением необъяснимых, иногда нелепых, страхов (характерны фобии острых предметов, смерти во сне, сумасшествия). Фобии немотивированны, имеют непонятное содержание (например, страх определенных букв), монотонное течение, больные достаточно пассивно относятся к ним, говорят о них без волнения. Нередко к фобиям присоединяются сенестопатии (например, чувство жжения в пальцах после их загрязнения при мизофобии[115]). Отмечаются вычурные, символические и бессмысленные ритуалы, стереотипность, неполнота и незаконченность навязчивых действий, отсутствие борьбы с навязчивостями и критики к психическому расстройству.

При начале, в подростковом и юношеском возрасте, нередко наблюдается дисморфофобия или ее бредовой вариант – дисморфомания. Больные пытаются исправить свою внешность, например часам оттягивая или подпирая нос, пытаются отрезать молочные железы, ушить гениталии, с помощью иглы изменить форму зрачка.

Бросается в глаза расхождение между субъективным значением невротической симптоматики и реакцией личности на болезнь, приводящую к инвалидности. С другой стороны, астенические жалобы больного не соответствуют его истинной работоспособности, ощущение дефицита энергии связано скорее со снижением побуждений, при этом во второй половине дня продуктивность обычно повышается. Более тяжелое течение процесса приводит к появлению безынициативности, пассивности, сужению круга интересов, стиранию индивидуальных черт, нарушениям мышления и памяти.

Психопатоподобный вариант, как и неврозоподобный, отличается от классической шизофрении отсутствием выраженной прогредиентности, приводящей к специфическому слабоумию. От шизоидного расстройства личности данное расстройство отличается выраженностью странностей в поведении и мышлении, неадекватностью эмоций; у больных начиная с молодого возраста отмечается эксцентричность и искажения восприятия. Для психопатоподобного варианта

шизотипического расстройства характерны транзиторные субпсихотические эпизоды преимущественно деперсонализации-дереализации[116], а также подозрительность, настороженность и социальная изоляция.

Выделяют *дефензивную форму* расстройства, характеризующуюся сочетанием психастенических и истерических проявлений (Бурно, 2006). В состояниях «депрессивной истерики» больной может бить себя, кататься по полу, одновременно испытывая «сладкое бешенство» и критикуя свое поведение. Взаимоисключающие переживания сосуществуют без борьбы мотивов и без понимания пациентом их противоречивости.

Принципы психотерапии

Лечение шизофрении включает госпитализацию, медикаментозное снижение возбудимости нервной системы и повышение способности больного и его семьи справляться со стрессовыми ситуациями. Больные редко соглашаются на добровольную госпитализацию, обычно они отказываются от лекарств и могут включать медперсонал в бредовую систему.

Фармакотерапию желательно начинать после установления терапевтического контакта. Нейролептики подавляют эмоциональные центры головного мозга, облегчая больному подавление чувств, в результате ослабляются позитивные симптомы; на негативные симптомы эти препараты не действуют. Быстрое наращивание доз нейролептиков и одномоментная их отмена обычно сопровождается соматическим дискомфортом, двигательным возбуждением, тревогой. Появляющееся при этом «озарение сознания болезни» может привести к суициду. При тяжелой шизофренической депрессии попытки искусственного улучшения настроения и жизненной активности, когда больной еще недостаточно готов к встрече с действительностью, приводят к обострению психоза.

Проявляйте гибкость в отношении назначения времени проведения беседы, частоты и продолжительности встреч. Если пациент может выдержать только 10 минут общения, назначьте ему другое время и непременно выполните свое обещание, чтобы укрепить доверие. Пунктуально соблюдайте свои обещания и договоренности с пациентом, объясняйте причину назначения лекарств (например, для уменьшения тревоги, раздражительности, улучшения сна и аппетита), предупреждайте о возможном появлении побочных явлений. Не создавайте иллюзию всемогущества; избегайте как собственного доминирования, так и манипулирования собой со стороны пациента.

Будьте постоянным и полезным (без желания спасать), уважайте личность больного и его автономию, сосредоточьтесь на сохранившемся потенциале, проявляйте терпимость к нелепому и непредсказуемому поведению, а также терапевтический оптимизм. Учитывайте глубокую потребность больного в эмпатии и одновременно отчаянный страх перед эмоциональной близостью, которая может уничтожить его внутренний мир. При этом предложение помощи может восприниматься как насилие или ловушка, вызывающая страх и агрессию.

Помогите больному осознать собственные желания в

соответствии со своими мнениями, убеждениями, мотивацией; почувствовать возможность установления отношений, в которых не отторгается его истинное «Я» и не отвергается он сам; разорвать те фрустрирующие ограничения[117], которые всегда возникают при его связях с другим человеком.

Конкретное мышление пациента обусловливает установление терапевтического контакта на конкретном языке жестов, мимики, восклицаний и намерений. Раздражение или недовольство пациентом, которое может промелькнуть в голосе или поведении терапевта, выражайте открыто, вербально, без недомолвок и двусмысленности, когда слова расходятся с мимикой. Учитывая неясность и амбивалентность высказываний и поведения пациента, давайте интерпретацию его поведения и слов вслух, в мягкой и ненавязчивой форме. Не избегайте никаких тем, затронутых пациентом, поскольку это может привести к восприятию терапевта как враждебного родителя.

Постарайтесь понять значение бредовых идей во внутренней системе координат больного и проявите сочувствие к его переживаниям. Часто бредовая система служит ему защитой от чувств стыда и неполноценности, так что будьте готовы к чрезвычайной его чувствительности к малейшему проявлению пренебрежения и снисходительности. Интерпретации должны быть своевременными и оставлять пациенту возможность или принять их, или критически оценить гипотезы терапевта, не занимая оборонительной позиции. Поощряйте пациента к компенсации близким людям ущерба, который он мог нанести своим бредовым поведением.

Не спорьте с пациентом и не переубеждайте его, давая рациональное объяснение бредовым переживаниям. Попытки убедить пациента в том, что бред не соответствует действительности, обычно приводят к еще более активному утверждению бредовых идей. Часто бредовая система служит больному защитой от чувств стыда и неполноценности, так что будьте готовы к чрезвычайной его чувствительности к малейшему проявлению пренебрежения и снисходительности. Признавайте реальность ощущений, которые испытывает пациент. Например, в ответ на слова пациента: «Когда я вхожу в комнату, люди видят, что происходит у меня в голове и читают мои мысли» – спросите его: «И что вы испытываете при этом?». Не притворяйтесь, будто бред имеет реальную основу, но признайте его истинность для пациента. Например, когда он говорит: «Сейчас передают песню про смерть моего отца, вы слышите?», – можете ответить: «В таких песнях говорится о том, как тоскливо чувствует себя человек, когда теряет кого-то, и вы сейчас, наверное, чувствуете себя так

же».

Индивидуальную психотерапию направьте не на бред, а на сопровождающие расстройства тревогу, раздражительность, социальную дезадаптацию. Не занимайте в конфликте ни позицию больного, ни его «врагов»; не оспаривайте бредовые идеи больного и не соглашайтесь с ними – в любом случае это служит укоренению бреда. Сосредоточьтесь не на деталях бредовой системы, а на межличностных отношениях и фрустрациях больного.

Выявите и проанализируйте противоречия в суждениях, проекции и отрицание. При этом вскрывается вся острота негативных переживаний больного, страх потерять психотерапевта и быть оскорбленным им. Пациенты с бредом преследования очень чувствительны к критике, воспринимают ее искаженно и преувеличенно. При уходе от чувства вины содержание переживаний остается в сознании, но «Я» не несет ответственности за них, так как воспринимает эти переживания как чуждые.

Самообвинения воспринимаются как внушенные или озвучиваются в виде чужих голосов. Другая форма защиты – идентификация с мифической фигурой, которая по определению не может быть виноватой.

Исследуйте чувства, которые пациент испытывает в связи с бредовыми идеями: переживает ли он страх, печаль, злость, безнадежность; есть ли у него ощущение, что он не может остаться наедине с самим собой и контролировать свое состояние; каким больной воспринимает самого себя. Изучите причины развития бредового состояния в первый раз и в данном случае, выясните возможные предпосылки для развития чувств стыда и неполноценности. Помогите пациенту найти альтернативные способы реагирования на подобные ситуации.

Обращайте внимание на то, какие чувства вызывает у вас пациент, чтобы получить представление о характерном для пациента стиле взаимоотношений. Отличайте чувства, являющиеся прямой реакцией на личность пациента, от тех, что связаны с отвлеченными событиями, например раздражение по поводу утренней драки пациента в отделении или из-за оскорбительных замечаний, которые пациент делает в отношении персонала.

Не следует машинально смеяться, когда пациент говорит что-то, кажущееся внешне смешным. Описание бредовых состояний пациентом может выглядеть абсурдным или забавным лишь со стороны. Смех в ответ на слова пациента может быть воспринят им как неуважение со стороны терапевта или как непонимание

всей глубины ужаса и отчаяния, которое он испытывает. Чрезмерный или неуместный юмор пациента служит ему защитой. Уважайте стремление бредового пациента к дистанцированию и контролю. Он чувствует себя комфортнее при соблюдении определенных формальностей и эмоционально ровном отношении, чем при выражении теплоты и сочувствия.

Отвечайте на некоторые личные вопросы. При этом постарайтесь вновь перевести разговор на пациента. Ответы психотерапевта на личные вопросы помогут и пациенту говорить о себе свободнее. Например, если пациентка спрашивает: «Вы женаты?» – можно ответить: «Почему вы задали этот вопрос?». Пациентка: «Мне просто интересно, вы женаты?» – «Я отвечу вам, но сначала давайте немного поговорим о причине вашего вопроса».

Психоанализ

Психоаналитический подход при лечении больных шизофренией на сегодняшний день обеспечивает наиболее глубокий и прочный терапевтический эффект, однако он имеет определенные особенности. Расписание сессий должно быть подчинено динамике терапевтического процесса. Поскольку больной защищается от страха сближения и отвержения аутизмом, строго дозируйте все воздействия. Встречи проводите лицом к лицу – для укрепления чувства реальности у пациента и лучшего контроля за его состоянием. Ограничьте объем сообщаемой информации в соответствии с имеющимся у больного когнитивным дефицитом. Учитывайте замедленность и конкретность мышления больных и диффузную тревогу, легко доходящую до паники. Поэтому после каждой попытки контакта с больным терпеливо ожидайте сигнала о том, что он переработал и интегрировал воздействие и готов к следующему. Отсутствие реакции говорит о необходимости повторить попытку.

Техника свободных ассоциаций и провокация эмоционального напряжения противопоказаны из-за опасности интеллектуальной и аффективной дезорганизации. Сопротивление больного выражается в форме избегания, пассивности. Эгосинтонность патологических защит и их вторичная выгода затрудняют осознание сопротивления, а попытка вскрыть его или, наоборот, удовлетворять инфантильные потребности пациента в зависимости от агрессии усиливает последние. Поэтому игнорируйте сопротивление, делая акцент на положительной оценке продуктивной активности больного в процессе лечения. Не проводите анализ сновидений, поскольку мышление больного и так сходно со сновидным.

Пациент ощущает внутреннюю спутанность и пугающий наплыв информации. Неспособность цельного, интегрированного восприятия вызывает психотическую тревогу[118], чреватую дезинтеграцией личности. Чтобы справиться с возникшими мощными аффектами, включаются защитные механизмы, препятствующие нормальному восприятию реальности.

Специфической защитой является схизис (греч. *schisis* – раздробление) – фрагментация психики, при которой отдельные формы переживаний становятся независимы или противоположны друг другу. В центре схизиса находится нарушение самосознания, которое проявляется следующим образом. Ослабляется витальность «Я», осознание полноты своей жизни, например при ипохондрическом бреде. Уменьшается

активность «Я», осознание собственного настроения, переживаний мышления и действия, например при бреде воздействия и преследования. Понижается порог сознания, тем самым позволяя обычно вытесненным содержаниям бессознательно проникать в сознание в виде автономных вторжений[119].

Снижается ответственность и адекватность реакции «Я», появляется внутреннее рассогласование, утрачивается самоуправление. Обычная цепочка мыслей не доводится до логического заключения, что служит причиной недостаточного осмысления происходящего и таким образом приводит к неадекватным эмоциональным реакциям. Нарушается отграничение «Я», становятся размытыми и проницаемыми границы с окружающим, например при бредовой ориентации в пространстве. «Я» больного растворяется во «всем», или внешние воздействия подменяют его внутреннюю жизнь. Нарушение идентификации «Я» продуцирует обособленные части личности; больной уверен, что он одновременно прежняя личность и какой-то исторический персонаж, что приводит к бредовому расщеплению личности.

Наряду со схизисом, обычно выявляются следующие ***защиты*** (Вид, 2001).

- *Психотическая проекция* – приписывание собственной агрессии, сексуальности, хаоса, спутанности внешнему миру; неспособность осознавать эти ощущения как собственные, размытость границ между внутренними и внешними переживаниями.
- *Формирование реакции* – изменение вызывающих беспокойство мыслей или побуждений на прямо противоположные.
- *Психотическое отрицание* – трансформация стимулов, вызывающих психологические проблемы, в бред и галлюцинации.
- *Искажение восприятия себя* – нарушение самосознания с утратой границ «Я», принадлежности себе собственных психических актов и стабильности своих индивидуальных качеств.
- *Искажение идеальных представлений* – нереалистично завышенные ожидания к собственной личности и окружающим.
- *Инфантильные проекции* – резкие переходы от любви к разочарованию – при позитивной проекции и от бунта к страху наказания – при негативной проекции.

Больные используют также ***вторичные психологические защиты***.

- Невосприятие собственной роли в формировании

дезадаптации с отсутствием мотивации к продуктивному поведению.

● Невосприятие истинного уровня дезадаптации с пассивным ожиданием улучшения.

● Невосприятие субъективных выгод дезадаптивной защиты, не соответствующей моральным установкам пациента.

● Манипулятивный уход от психосоциального стрессора, избавляющий от ответственности за свое поведение и жизнь в целом.

● Приемы косвенного контроля окружающих с помощью симптомов, саморазрушающего поведения, мнимой беспомощности.

Что делать. Не используйте прямые интерпретации, так как сознание больного заполнено потоком представлений из бессознательного. Основывайте интерпретацию патологических симптомов на знании особенностей архаичной психики[120] и мифологии. Имейте в виду, что лишение больного используемых им примитивных защит может вызвать у него страх хаоса. Это проявляется в ужасающих снах о мировых катастрофах, конце света, гибели родных и т. п. В таком случае укрепите сознательную сферу адаптации: прекратите касаться содержаний бессознательного, особенно сновидений, помогите восстановить личные связи и обеспечьте смену аналитика.

Интерпретируйте не столько события, происходившие в прошлом, сколько эмоциональные реакции на них, зафиксированные в современном поведении больного. При этом оказывайте «здесь и теперь» больному эмоциональную поддержку, в которой ему было отказано значимыми фигурами «там и тогда», обеспечивая чувство безопасности, отсутствия немедленной поведенческой ответственности за выражение своего конфликта или неудачные попытки его решения. Тем самым облегчается опробование новых форм поведения, распространяющихся позднее на внетерапевтические ситуации.

Необходимость нейтрализовать саморазрушающие тенденции пациента требует высокой активности психотерапевта и символического удовлетворения фрустрированных инфантильных потребностей больного. При этом повышен риск впасть в симбиотические отношения с больным или не выдержать его отгороженность и нескрываемую враждебность. Пробуждение доверия к аналитику позволяет больному раскрывать свои все более зрелые потребности, проходя таким образом от оральной стадии развития «Я» до генитальной.

При приближении анализа к субъективно болезненно

воспринимаемому материалу сопротивление терапии нарастает. Вот характерные черты, которые появляются в следующем порядке (Вид, 2001).

1. Избирательное приведение аргументов в пользу своей защитной стратегии, произвольно вырванных из социального контекста и свидетельствующих о недостаточном учете всей полноты ситуации.

2. Ссылки на затруднения памяти, внезапную невозможность понять, сосредоточиться, прочувствовать и т. п., на неправдоподобную неориентированность в заведомо известном больному вопросе или невозможность его сформулировать.

3. Излишняя податливость, поспешное согласие с высказываниями врача без внутреннего их принятия.

4. Слезы или внезапно появляющийся симптом, исключающий возможность обсуждения проблемы при внешне декларируемой желательности его продолжения.

5. Опоздание или неявка на сессию без убедительных причин.

6. Уклонение в ходе беседы от проблемы или конфликта, непродуктивное переадресование инициативы, соскальзывание на другую тему или в чрезмерные обобщения, использование юмора для обесценивания эмоциональной значимости переживаний, снижение их масштаба.

7. Снабжение реальных фактов произвольными истолкованиями их значения, внутренняя противоречивость сообщаемой информации, искажение причинно-следственных связей.

8. Бездоказательное отстаивание субъективной правомерности собственного дезадаптивного поведения.

9. Отрицание существования действительности (реально имевших место событий, проявлений дезадаптации, реалистического прогноза).

10. Приведение псевдоаргументов, информации, содержащей намеренные, осознаваемые искажения реальной действительности.

11. Подача материала в очищенном от конфликтов и эмоций виде, молчание или малоинформативный речевой поток.

12. Стремление к сокрытию существенной для анализа проблем информации вплоть до отказа от ее сообщения и обсуждения.

13. Позиция терапевтического нигилизма: отрицание ценности терапии, постоянные жалобы на отсутствие эффекта, на то, что больной не узнает ничего нового.

14. Мгновенное, бездумное отрицание смысла тщательной интерпретативной работы[121] (в эти моменты часто виден

контраст между жалобами на обманутые ожидания больного и его торжествующим внешним видом).

15. Защитная агрессия (вербальная и физическая).

В терапевтическом процессе используйте конструктивные фантазии, представления и сны, позволяющие выразить здоровые части «Я», а также все те иррациональные роли и самовосприятия, которые были пережиты больным в течение жизни. Постарайтесь вжиться в регрессированное состояние пациента и предоставить ему свое здоровое «Я» для интегрирования больных и фрагментированных частей.

Пациент обычно развивает негативный перенос, и, чтобы обратить разрушительную нарциссическую агрессию в конструктивную, следует контролировать степень напряжения пациента; создавать и поддерживать терапевтический климат, в котором пациент может ощущать и вербализовать свои агрессивные импульсы. Помогайте пациенту разрешать непосредственные препятствия к вербальной разрядке этих импульсов.

Последовательность шагов психоаналитической терапии:

1) сформируйте и молча проанализируйте нарциссический (доэдипов) перенос;

2) изучите попытки пациента войти в контакт с аналитиком, чтобы определить их источник и историю, и получите отклик, необходимый для контроля интенсивности сопротивления;

3) распознайте и проанализируйте нарциссическое контрпереносное сопротивление;

4) воздействуйте на нарциссическое переносное сопротивление посредством присоединения к сопротивлению пациента;

5) проработайте нарциссическое переносное сопротивление;

6) создайте и исследуйте объектный перенос (эдипова типа);

7) распознайте и молча проанализируйте контрпереносное сопротивление;

8) проинтерпретируйте объектное переносное сопротивление;

9) проработайте объектное переносное сопротивление;

10) разрешите сопротивление к окончанию лечения.

Групповая терапия

Групповая терапия больных шизофренией особенно эффективна для уменьшения социальной изоляции, подкрепления чувства реальности, расширения контактов с окружающими. Такой пациент больше склонен идентифицироваться, чем существовать в определенной форме. Поэтому он нередко предпочитает говорить о себе в третьем лице, как и его голоса, и поэтому ему легче мысленно участвовать в беседе других людей, чем включаться в настоящий диалог. Эта особенность больных служит важным терапевтическим фактором групповой терапии.

Она проводится после снятия острой симптоматики и вовлекает пациента в терапевтический процесс, показывает пользу разговора, выявляет проблемы, ослабляет изоляцию, дает возможность помогать другим, уменьшает стресс госпитализации. Создайте в группе позитивную, конструктивную и поддерживающую атмосферу. Предвосхищайте зарождение конфликта и своевременно гасите его, в крайнем случае переключая агрессию на себя.

Периодически проверяйте состояние участников, задавая им вопросы:

- Ты чувствуешь, что мы слишком давим на тебя?
- Это вызвало у тебя слишком большую неловкость?
- Тебе кажется, что сегодня ты был слишком откровенным?
- Я вторгся на запретную территорию, задавая тебе сегодня такие прямые вопросы?

Поддержку оказывайте быстро и прямо: открыто оцените усилия, добрые намерения, сильные стороны пациента, позитивный вклад в дискуссию, риск, на который он пошел. «Похвалите пациента, который не произнес ни слова, за то, что просидел всю сессию; другого, который уходит, не дождавшись конца встречи, – за то, что присутствовал 20 минут; опоздавшего – за то, что явился; пассивных пациентов – за внимание в течение всей встречи. Если высказывания странны или путаны – все равно отметьте их – как попытку коммуникации. Если пациенты пытаются давать советы, даже неуместные, вознаградите их за желание помочь» (Ялом, 2010, с. 517).

В.М. Воловик (1973, 1980) выделяет несколько уровней задач групповой психотерапии больных малопрогредиентной шизофренией.

Решение задач 1-го уровня (стимулирование

эмоциональности, социальная активация и налаживание коммуникаций) осуществляется с помощью групп творческой активности (арт-терапия, музыкотерапия, проективный рисунок и др.), с помощью психогимнастики, простых форм коммуникативно-активирующей терапии (литературный пересказ, свободная импровизация диалогов и их обсуждение).

Для решения задач 2-го уровня (выработка адекватных форм поведения, тренировка общения и повышение уверенности в себе) используются, наряду с указанными выше, методы функциональной тренировки поведения.

3-й уровень задач (достижение правильного представления о болезни и нарушениях поведения, коррекция установок и отношений и оптимизация общения) требует привлечения более сложных вариантов коммуникативной психотерапии и проблемно-ориентированных дискуссий.

Наконец, 4-му уровню задач (раскрытие содержательной стороны конфликтных переживаний, перестройка системы отношений и нахождение адекватных форм психологической компенсации) в большей мере соответствует методика свободных дискуссий.

Автор предложил два взаимодополняющих вида групповой терапии: «ассоциированная группа», состоящая из больного и членов его семьи, и «родительские собрания». Последние представляют собой группу из родителей и близких разных пациентов, которая работает параллельно либо с ассоциированной группой, либо с малой терапевтической группой больных. Отсутствие на собраниях самих пациентов позволяет обсуждать широкий круг проблем: понимание болезни у члена семьи, отношение к лечению, оценка состояния больного и его возможностей, обсуждение отношений семьи с внесемейным окружением (чувство стыда за психическую болезнь, сложности трудоустройства, перспектива половой жизни больного и его брачных отношений) и др.

Ведение группы больных шизофренией, по В.Д. Виду (2001), отличается директивностью и структурированностью с учетом низкой сплоченности и малой возможности подражания предлагаемым образцам социального поведения. Полезно готовить план занятий и резюмировать выполнение каждого пункта, прежде чем переходить к следующему. Следует активно задавать вопросы, часто осуществлять краткие и фокусированные вмешательства, постоянно стимулировать ответственность группы за содержание занятия. Поскольку больные плохо переносят стресс, их необходимо защищать от взаимной вербальной агрессии.

Если больной заявляет, что «ничего не понимает», попросите участников группы разъяснить и уточнить происходящее. Когда больной жалуется, что «ему не дали вставить слова», напомните ему, что в обстановке дискуссии можно перебивать собеседника. Пассивный больной может оправдывать свое молчание тем, что «ему ничего не приходит в голову» или что он боится «сказать что-нибудь не то», то есть боится выглядеть глупее других. В таких случаях укажите, что группа – не место для интеллектуального соперничества, сюда все пришли учиться на ошибках, своих и чужих. Этот же довод помогает справиться с позицией пассивного наблюдателя.

Больным, которые акцентируют внимание на уникальности своих проблем, напомните, что в основе поведения людей лежат общие психологические механизмы, поэтому все мы совершаем похожие ошибки при решении своих проблем.

Аарон Бек с соавт. (1980) выявил у больных шизофренией достаточно типичные ***когнитивные ошибки:***

- неправомерные обобщения (использование логически неоправданных параллелей для объяснения событий);
- избирательное абстрагирование (неправомерное использование части для оценки целого);
- ошибки в правильной атрибуции собственной роли в происходящем и своей ответственности;
- ошибки в правильном построении причинно-следственной цепи событий, тенденции к «черно-белым» оценкам.

А.Б. Холмогорова (2013) приводит ***программу тренинга когнитивных функций,*** основными направлениями которой являются:

- усиление произвольной регуляции памяти и внимания путем обучения использованию специальных средств;
- усиление коммуникативной направленности и когнитивной дифференцированности мышления с помощью упражнений на совместную деятельность в парах и группе;
- развитие когнитивной точности и дифференцированности сознательного восприятия;
- тренировка распознавания невербальных коммуникаций и точности воспроизведения речевого поведения партнера;
- снижение интеллектуальной ангедонии путем связывания интеллектуальной деятельности с игровым компонентом и успехом;
- регуляция больным своих эмоциональных состояний и процесса мышления посредством развития способности к самонаблюдению, самоинструктированию и совладающему

диалогу.

Тренинг социальных навыков восполняет дефицит социального восприятия, улучшает невербальное поведение, помогает решать повседневные проблемы. Разделите тренинг на 3 этапа, это: а) отработка способов приема информации; б) выбор ответной реакции; в) выбор подходящей формы для ответа. Стройте программу тренинга дозированно, структурированно и директивно, поскольку гиперстимуляция или небрежное планирование занятия могут вызвать эмоциональный стресс у больных с их обостренной чувствительностью к эмоциональным воздействиям, дефицитом внимания и трудностями в переработке информации.

Фазы	Цели	Методики
1 Стабилизация и оценка	Создание терапевтического альянса. Оценка социальных действий и способности к восприятию. Оценка способов поведения, вызывающих высокую эмоциональность	Эмпатия и создание отношений. Ролевая игра. Самоотчеты и сообщения семьи о социальных действиях
2 Позитивные высказывания (в семье)	Подготовка альтернативных ответов на враждебность: комплименты, уважение, интерес к другому	Инструкция, моделирование, ролевая игра, обратная связь, домашние задания
3 Социальные действия (в семье)	Решение конфликтов с помощью улучшенного вербального и невербального поведения	Тренировка: умение выражать свои предпочтения, отказываться, критиковать и соответственно реагировать на чужие предпочтения, отказы, критику. Средства: предварительное проговаривание про себя, громкость, взгляд, жестикуляция, выражение лица
4 Социальное восприятие (в семье)	Правильное восприятие содержания, контекста и смысла сообщения	Психотерапевт обучает: понимать сообщения, выражать мысли, согласовывать намерения, адекватно реагировать и отвечать на вопросы
5 Отношения вне семьи	Развитие навыков социализации, развитие профессиональных навыков	Оценка способностей, потребностей и социальной сети. Социализация: умение поддерживать беседу и слушать, встречи по предварительной договоренности, активное проведение досуга; профессия: внимание, сосредоточенность, память, представление о карьере, собеседования о приеме на работу, профессиональные навыки, поведение по отношению к начальству

Разъясняйте больному, как вести себя в той или иной

ситуации. Проводите ролевой тренинг, когда больной воспроизводит то, что видит на живой (при участии терапевта) или символической (при использовании фильма, видеозаписи) модели поведения. Желаемое поведение больного подкрепляйте похвалой и закрепляйте с помощью домашних заданий (Кори, 2003).

Примером тренинга социальных навыков может служить программа Хогарти и Андерсена (1986), приведенная на предыдущей странице.

Я. Морено (2003, с. 112) успешно использовал для лечения больных шизофренией ***психодраму***, что позволило ему сделать следующий вывод: «Психодрама предоставила пациентам среду, в которой их внутреннее "Я" могло развиваться и раскрываться. В этой среде они могли выражать свои иллюзии и галлюцинации в той степени, в которой это было бы невозможно в обычной терапевтической ситуации. С помощью психодраматического процесса были разыграны все роли, которые нуждались в презентации, и, поскольку были установлены межролевые отношения между пациентами и вспомогательными "Я", мы смогли остановить дальнейшее ухудшение и в 25 случаях вывести пациентов на такой уровень взаимоотношений, который более пригоден для жизни за стенами клиники».

Морено разработал для больных шизофренией ряд психодраматических техник.

Техника замещающей роли. Пациента, отказывающегося играть самого себя, просят сыграть из роли персонажа, связанного с ним. Если он и это считает вторжением в свою приватность, ему предлагают выбрать какую-нибудь символическую роль.

Техника зеркала. Чтобы пациент, чрезмерно включающийся в роль, мог увидеть себя со стороны, вспомогательные «Я» играют роль пациента, а также другие, введенные им роли. Эта техника используется и при отказе пациента играть, при этом учитывают его замечания из зрительской позиции и в подходящий момент предлагают забрать свою роль у вспомогательных «Я».

Техника проекции. Пациент с помощью вспомогательных «Я» разыгрывает ситуацию, которая существует в его воображении (наподобие сцены отравления отца, поставленной Гамлетом перед матерью с помощью бродячих актеров).

Техника обмена ролями. Пациент в роли терапевта лечит вспомогательное «Я», играющее самого пациента.

Техника символической дистанции. Вначале пациент играет роль, исключающую симптом (например, сын, бьющий мать, играет принца, у которого не поднимается рука на королеву). Затем социальный статус ролей постепенно снижается до

реального с сохранением контроля над агрессией.

Техника дубля. Пациент изображает скрытую сторону своей амбивалентности, вспомогательное «Я» – сторону, предъявляемую окружающим; между ними разыгрывается борьба. Техника действия в альтернативной роли. Если пациент во время игры не в состоянии сотрудничать со вспомогательными «Я», он берет их функции на себя, переключаясь по ходу действия из одной роли в другую.

Техника вспомогательного мира. Когда пациент живет в психотическом мире, вспомогательные «Я» воплощают образы его фантазий, обеспечивая больному контакт с реальностью.

С. Янин (2003) описывает опыт психодраматической работы с правонарушителями в психиатрической больнице закрытого типа. Преступления были совершены ими в остром психотическом состоянии, одним из основных диагнозов являлась шизофрения. Во вновь набираемую группу автор подбирал пациентов без психопродуктивной симптоматики, способных к рефлексии и сопереживанию, с достаточно высоким интеллектом и стремящихся к скорейшей выписке. В уже работающую группу на освобождавшиеся места привлекались также пациенты с хроническими бредовыми расстройствами, не имевшие желания выписаться.

Большинство пациентов, как пишет автор, «характеризовались как застенчивые, робкие, спокойные. Совершенные ими правонарушения не укладывались в понимание их природы, поэтому вполне естественным был путь по вытеснению, отчуждению преступления, и тогда на первый план актуальных клиентских запросов выходили малозначащие ситуации». Осознанию совершенного правонарушения, мотивации к лечению и принятию вины препятствовала тревога, сопровождающая диссоциированное представление о прошлом. Для прямого обращения к этим проблемам применялись такие техники, как «пустой стул», работа с масками, инсценировки внутрибольничных событий, ролевые игры с обменом ролями и дублированием.

Некоторым пациентам их психические расстройства мешали осознавать собственное поведение, зато они могли отчетливо понимать значение поведения других. Групповое зеркало в целом верно отражало участникам различные аспекты их личности. Однако свободному, открытому обмену чувствами в группе мешала свойственная больным алекситимия (трудность вербализации эмоций), отсутствие опыта в обсуждении своего эмоционального состояния и недоверие к окружающим. В какой-то степени эту проблему решали приемы психогимнастики, но

основную роль играло привлечение в качестве вспомогательных лиц медицинского персонала и «ветеранов» групп, участвовавших в работе более года. Реакция группы на психотическое поведение или высказывания постепенно приводила к тому, что участник со временем начинал более объективно воспринимать свое патологическое поведение, и в результате появлялась возможность его коррекции.

Как признает автор, ему не удалось избежать синдрома выгорания, в результате чего группы прекратили свое существование, а ведущему потребовался длительный «реанимационный период» и значительные изменения в образе жизни. Причину подобного финала автор справедливо видит в отсутствии психологической и супервизорской поддержки, замкнутости работы, а также разделения ролей профессиональных участников психодраматических сессий и обязанностей сотрудников психиатрического отделения.

Семейная терапия

Больные шизофренией нередко воспитываются в дисфункциональной семье, для которой характерны социальная изоляция семьи, открытый конфликт между родителями, несоответствие высказываемых пожеланий ожидаемой реакции, заблуждения относительно мотивов своих и чужих поступков, замена эмоционального опыта другого человека собственным. Характерна недосказанность, нечеткость формулирования передаваемой информации; сообщение часто прерывается прежде, чем его смысл понят собеседником; в речь собеседника не вслушиваются, перебивают его; отсутствует обратная связь, пресекаются попытки уточнить информацию.

Родители обычно последними узнают о развитии психического заболевания у своего ребенка, а их ирреальные толкования первых симптомов психоза и ответные реакции способствуют еще большему отходу больного от реальной действительности. В свою очередь, манифестация болезни сильно травмирует семью. Нарастает нервно-психическое напряжение, нарушаются семейные взаимоотношения (в частности, возникают «функциональные пустоты»), снижается социальный статус семьи в целом и ее членов, в семье нарастают чувства вины, тревоги, неудовлетворенности, агрессии.

Первые признаки болезни игнорируются, более развернутая картина болезни искажается, отношение к психиатрам долго остается неадекватным. Все это неблагоприятно сказывается на течении болезни, особенно в периоды между госпитализациями. Нередко в семье происходит раскол, который приводит к изоляции больного.

При этом могут развиться следующие типы семейных отношений:

- *оппозиция* – постоянные столкновения из-за грубости и эгоизма больного;
- *взаимная диссоциация* – дезинтеграция семьи и низкий статус больного;
- *остракизм* – изоляция больного из-за холодности и эгоизма членов семьи;
- *диссимуляция* – попытки семьи скрыть болезнь от окружающих;
- *эмоциональное отчуждение* – отгороженность в супружеских отношениях;
- *гиперопека* – чрезмерная опека больного с изоляцией от домашних дел;

● *конформность* – близкие считают пациента здоровым, оправдывают его неадекватное поведение и отказываются сотрудничать с врачом.

Многие родители больных упорно пытаются добиться полного восстановления его здоровья, проявляя противоречащие друг другу тенденции в руководстве больным. На течении заболевания отрицательно сказываются гиперопека в сочетании с завышенными требованиями, чрезмерное количество замечаний со стороны родственников, тревожность и отчаяние по поводу усилий для восстановления здоровья больного, лишение его самостоятельности и проявление к нему открытой враждебности.

При лечении детей и подростков обеспечьте больному диалог с его родителями, свободный от эмоционального напряжения и взаимной агрессии. Для того чтобы разгрузить родителей от чувства вины и способствовать их более активному взаимодействию, обозначьте в качестве стрессоров не родителей, а определенные события. Отца побуждайте исполнять функцию главы семьи, будьте готовы при этом к тому, что вначале у матери появится страх, затем эмоциональная атмосфера в семье станет более благоприятной, и состояние ребенка улучшится.

В группах родителей и родственников обсуждайте проблемы, возникающие в связи с болезнью члена семьи, оценивайте его реальные возможности, анализируйте отношения семьи с внешним миром, распознавайте и корригируйте неадаптивные роли и позиции по отношению к больному, в том числе нереалистические представления семьи о сроках лечения и полноте выздоровления больного. Предложите родственникам соблюдать определенные правила: когда и как прерывать чреватое стрессом взаимодействие, как уточнять взаимные ожидания, распределять обязанности, согласовывать объем и сроки выполнения заданий по хозяйству. Помогите членам семьи договориться о последствиях за невыполнение договоренностей, определить рамки финансирования больного и предоставляемой ему свободы действий.

Фазы	Цели	Методики
Создание контактов	Создание контактов с семьей и ее согласие на участие в программе	Заключение терапевтического договора, обсуждение сложившегося кризиса и чувств по отношению к пациенту и болезни, специфические практические советы по поводу того, как можно конструктивно использовать озабоченность и применить механизмы совладания
Семинар с целью тренировки навыков, помогающих препятствовать наступлению рецидива	Более глубокое понимание болезни и потребностей пациента, социальные контакты, расширение социальной сети	Многочисленные беседы и занятия с семьей, сообщение новейших данных о шизофрении, конкретные рекомендации, тренинг основных коммуникативных навыков
Возвращение и применение	Интеграция пациента в семью, усиление супружеской или родительской коалиции, повышение терпимости семьи к дисфункциональным примитивным формам поведения пациента, постепенное принятие им ответственности	Усиление границ между членами семьи и поколениями, списки задач, решение простых проблем
Поддерживающая семейная терапия	Реинтеграция и исполнение обычных общественных функций (школа, работа), повышение эффективности семейного функционирования	Нерегулярные сеансы, традиционные и эксплоративные методики

Вскрывайте межличностные конфликты, уточняйте поведение в них участников. Выявляйте эпизоды, в которых патологическое поведение больных необдуманно подкрепляется родителями. Тренируйте аффективный контроль для снижения уровня выраженности эмоций, особенно критического характера; добейтесь ослабления гиперопеки, затрудняющей психологическое созревание больных. Ведите поиск оптимального трудоустройства, занятости, проведения досуга и иной поддержки в различных социальных группах (Вид, 2001).

Эффективной зарекомендовала себя программа семейной терапии Хогарти и Андерсена (1986), приведенная на предыдущей странице.

Реабилитация

Эуген Блейлер (1993, с. 361) начинает главу о лечении шизофрении со слов, не утративших свою актуальность и сегодня: «Большинство шизофреников вовсе не нужно лечить, или, во всяком случае, не в больницах. Помещению в больницы они подлежат лишь по особым показаниям… При первой возможности их нужно опять выписывать, так как в дальнейшем это гораздо труднее удается, ибо не только больные, но еще больше родственники слишком быстро свыкаются с интернированием».

В период выхода из острого состояния основную роль играет поведенческая терапия. Она помогает выработать у больного осознание необходимости приема лекарств, приучает его следить за их терапевтическим эффектом и тем самым повышать контроль над ситуацией. В ряде случаев необходимо восстанавливать навыки личной гигиены и самообслуживания. Улучшение поведения поощряйте какими-либо льготами (прогулка, участие во внутрибольничных мероприятиях, домашний отпуск, свободный выход и т. п.). В дальнейшем проведите социотерапию, направленную на поиск интересной, значимой для больного деятельности, которая связывает его с реальной жизнью, с людьми, реализует его творческие возможности, повышает самооценку, уменьшает боязнь общества. Обращайте внимание пациента на сохранившиеся социальные навыки и необходимость овладения отсутствующим коммуникативным приемом.

Проводите обучение профессиональным навыкам для улучшения социальной адаптации больного, повышения самооценки, улучшения его межличностных отношений. Ведите поиск подходящего трудоустройства, занятости, проведения досуга. Перед выпиской из стационара дайте ему соответствующие рекомендации, помогите найти подходящую «социальную нишу», установите контакты в непрофессиональной сфере. В это время переведите пациента в полустационар с дневным или ночным пребыванием больных и лечебно-трудовыми мастерскими.

Целями *суппортивной терапии* (Вид, 2001) являются:

- смягчение неблагоприятного эмоционального реагирования больного;
- повышение его доверия к психотерапевту;
- социальная адаптация пациента за счет улучшения когнитивной дифференцированности, социальной перцепции, коммуникативного и проблемно-решающего поведения.

При этом в первую очередь решаются задачи, связанные с фармакотерапией. Обучите больного распознавать ранние признаки рецидива, служащие сигналом для обращения к врачу. Выработайте у него осознание необходимости приема лекарств. Приучите своего пациента не формально принимать лекарства, а следить за их терапевтическим эффектом и тем самым повышать контроль над ситуацией. В случае полного отказа от приема лекарств сохраняйте с ним психотерапевтический контакт, чтобы иметь возможность более раннего вмешательства при рецидиве.

Эмоциональная поддержка включает следующие аспекты. Сообщите, что другие пациенты встречаются с такими же трудностями в лечении. Эти трудности неизбежны, их надо преодолеть, чтобы избавиться от страданий, решить свои жизненные проблемы и реализовать желаемые перспективы. Подчеркните общечеловеческий характер проявляемой больным дезадаптивной психологической защиты, в том числе сопротивления терапевтическому вмешательству.

Убедите больного, что не считаете его виновным в появлении проблем и конфликтов, а также, независимо от его симптомов и выраженности сопротивления, положительно относитесь к его личности в целом, будьте готовы оказывать ему необходимую помощь. Смягчайте несогласие с позицией больного и возникающее в связи с этим напряжение с помощью юмора и частичного согласия типа «да, но…» и т. п.

Целью *стимуляции* является мобилизация самостоятельной когнитивной деятельности пациента, его самораскрытия, активного соучастия в решении проблем. Стимуляция должна быть достаточно интенсивной и в то же время соответствовать сниженным энергетическим и когнитивным возможностям больного, который, кроме того, может опасаться негативной реакции на раскрываемые им значимые переживания. В индивидуальной терапии применяйте стимулирующие высказывания в форме наводящих вопросов. В групповой терапии используйте непрямую стимуляцию, направляя усилия группы для активизации работы больного над своими проблемами.

Советы широко используются в суппортивной модели после коррекции дезадаптивной защиты на этапе совершенствования проблемно-решающего поведения. В зависимости от состояния и возможностей больного меняется форма советов. Простой совет: укажите на то, что надо сделать, без разъяснений, как именно это сделать. Подробная инструкция по выполнению сложных образцов поведения, которые разбиваются на отдельные этапы: предложите пациенту нескольких альтернативных вариантов поведения, один из которых он может выбрать самостоятельно.

Обучите пациента типовым проблемно-решающим алгоритмам, пригодным для решения аналогичных задач.

Разъяснение и уточнение применяются в основном в форме фокусирования. Цель приема – повысить точность понимания сути получаемого от пациента вскрытого материала, исключение возможных разнотолков и двусмысленности. Используйте как детализацию суждений, сделанных ранее в более общей форме, с помощью конкретных примеров, так и резюмирование пространно или непоследовательно изложенного ранее. При этом фиксируйте внимание пациента на еще невербализованных компонентах содержания проблемных переживаний с целью их последующей вербализации. Осторожно нащупывайте границы, за которыми попытки коррекции наталкиваются на сопротивление и требуют использования других приемов: конфронтации, объективации, интерпретации.

Конфронтация заключается в сообщении больному информации о неадаптивности его поведения при его несогласии с этой информацией. Старайтесь при этом сохранять эмпатийный контакт с пациентом. Используйте следующие варианты конфронтации. Выявляйте внутреннюю противоречивость высказываний больного, их несоответствие реальности, несовпадение его действительной линии поведения с той, которая им декларируется. Выявляйте связи дезадаптивного поведения, внутреннего дискомфорта, симптомов (по времени их появления и исчезновения, изменения интенсивности) с определенными стрессовыми ситуациями для показа больному психосоциальной обусловленности патологических проявлений.

Выявляйте неосознаваемые конфликтные отношения по чрезмерному или заниженному эмоциональному компоненту адекватной по содержанию реакции на ситуацию. Демонстрируйте дефекты проблемно-решающего поведения вне симптомов, в том числе в преморбидном периоде. Обнаруживайте у пациента внутренний дискомфорт без видимого повода и отсутствие поведения, направленного на получение удовольствия, когда этому ничто не мешает.

Показания к выписке больного шизофренией (Шувалов, 2001):

- Исчезновение или значительное облегчение той симптоматики, которая послужила причиной госпитализации; отсутствие опасности для себя и окружающих.
- Достигнутое улучшение достаточно устойчиво для того, чтобы его можно было поддерживать в амбулаторных условиях.
- Все, что больной мог получить от госпитализации, он уже получил; дальнейшее пребывание в больнице не принесет

существенного улучшения.

● Больной способен отвечать за свое поведение.

● Обеспечена преемственность амбулаторного лечения.

● Больной достаточно реалистично воспринимает действительность и способен рассуждать о своем состоянии.

● Восстановлены нормальная адаптация и межличностные отношения.

● Поведение в обществе и навыки опрятности приемлемы для окружающих (или, по меньшей мере, родных).

● Больной обеспечен жильем.

● Больной способен к самостоятельной работе и может быть трудоустроен.

● Имеются достаточные средства к существованию или источник поддержки.

● Больной способен соблюдать врачебные предписания – самостоятельно или с помощью близких.

● Больной не вовлечен в судебную тяжбу.

Для реабилитации хронических больных широко применяют *арт-терапию,* что определяется следующими ее достоинствами. Ее преимущественно невербальный характер позволяет пациентам выражать свои сложные, плохо определяемые в словах чувства, которые в противном случае могут «выплескиваться» в поведении. Она влияет на повышение самооценки больных и степени контроля ими своего поведения и психических процессов, что помогает им в принятии решений. Тренировка и совершенствование сенсомоторных возможностей пациентов, умение работать с разными материалами имеет большое значение для активизации больных и сохранения важных практических навыков, включая профессиональные. Возможен длительный контакт между пациентом и арт-терапевтом, что при наличии адекватной оценки и понимания терапевтом, выраженного в изобразительной продукции внутреннего мира пациента, вносит определенный смысл в переживания больного.

В реабилитационной арт-терапии используйте следующие темы и упражнения: разные формы работы с изобразительными материалами – для общей активизации больных и совершенствования сенсомоторных навыков и ассоциативного мышления; тренировки активного внимания и памяти; развитие коммуникативных навыков и невербальное выражение мыслей и чувств; улучшение восприятия пациентами самих себя; совместная деятельность в группе (например, упражнение «вклад в общее дело»).

М.Е. Бурно (2006) приводит следующие принципы ***терапии творческим самовыражением (ТТС)*** больных малопрогредиентной шизофренией в ремиссии.

● Интимный эмоциональный контакт с пациентом, с которым терапевт вместе проходит путь к выздоровлению.

● Обучение пациента моделям здорового поведения с утаиванием от посторонних своих болезненных переживаний.

● Активизирующая психотерапия в творческом коллективе.

● Глубинное эмоционально-стрессовое оживление пациента с осознанием им своей общественной сопричастности и возникновением стойкого светлого мироощущения.

Устанавливая терапевтический контакт с пациентом, предупредите его о длительности лечения, о возможных обострениях, настройте на активную жизнь сейчас, а не «после выздоровления». Тревожным пациентам особенно важна искренняя, теплая озабоченность терапевта их переживаниями, эмпатический интерес к их сложной, противоречивой индивидуальности, непонятной им самим и их близким. Изучите творческую ценность особенностей личности и симптомов.

Работу в группе ТСС начинайте с творческого общения с ее членами при обсуждении книг, альбомов художников и телепередач, участия в клинико-психотерапевтическом театре и психотерапевтических сборниках, в экскурсиях на природу. Предложите участникам вести дневники, в которых они исследуют свое состояние после перенесенного приступа болезни. Подготовьте их к выступлению на совместных с пациентами врачебных конференциях. Наконец, пациенты могут помочь овладевать приемами ТСС новым членам группы и делаются интересными и нужными людям, даря им свое творчество.

В заключение упомяну о собственном опыте реабилитационной работы в психиатрической больнице в роли заместителя главного врача по реабилитации и заведующего реабилитационным отделением. В нашем учреждении много внимания уделялось подготовке реадаптационных медсестер, координации совместной работы терапевтического коллектива и Совета больных.

Так, в реабилитационную систему входили:

● реабилитационное отделение (дневной и ночной полустационар) на базе лечебно-трудовых мастерских со швейным и картонажным цехом;

● территориальные отделения;

● детское отделение; отделение пограничных состояний;

● тарный цех завода железобетонных изделий;

● перчаточный цех швейной фабрики;

● два сельскохозяйственных филиала больницы и диспансерное отделение.

Реабилитационная работа была построена по следующей схеме.

Реабилитация включала следующие этапы.

1. Самообслуживание в пределах постели, физиотерапия.

2. Взаимопомощь в пределах палаты, лечебная физкультура, ритмика, настольные игры, терапия совместной занятостью.

3. Психогимнастика, трудотерапия, занятия в мастерских художественного творчества, участие в проблемных дискуссиях и в работе Совета больных отделения.

4. Коммуникативный тренинг, функциональная тренировка поведения, участие в клубе пациентов.

5. Переход на полустационарный режим, участие в конфликтцентрированных группах и социотерапевтических мероприятиях.

6. Супружеская и семейная психотерапия, рациональное трудоустройство, участие в работе клуба бывших пациентов и культмассовых мероприятиях под наблюдением участкового врача диспансерного отделения.

Для семьи душевнобольного, а также для общества его болезнь – проблема; для самого больного – решение.

Томас Сас

Половые и физиологические расстройства

Парафилии

Различают извращение полового влечения в отношении его объекта (гомосексуализм, педофилия, зоофилия и др.) или способа удовлетворения (эксгибиционизм, фроттеризм, садомазохизм и др.). Истинные парафилии проявляются с начала полового влечения, являются единственно приемлемыми или предпочтительными.

Выделяют сексуальные девиации – ситуационно обусловленные или преходящие нарушения в период гиперсексуальности. Они могут стать привычными и возобновляться в соответствующей ситуации.

Большинство лиц, страдающих парафилией, испытывают лишь эмоциональный дистресс, связанный со страхом раскрытия, юридического преследования или отвержения со стороны тех, о ком они заботятся. Некоторые из них гордятся своей нетрадиционной сексуальностью, что можно рассматривать как компонент инфантильного всемогущества, защищающего от осознания незрелости младенческой сексуальности по сравнению со взрослой. Лица с деструктивным сексуальным поведением часто обвиняют своих жертв в провокационном поведении, принижают их и преуменьшают последствия своей сексуальной агрессии. Они соглашаются на лечение после совершения ими половых преступлений.

Что делать. Прежде всего помогите пациенту выделить ситуации, провоцирующие у него парафильное поведение. Обычно они связаны с переживанием чувств тревоги, гнева или печали, которые нередко бывают вызваны ударами по самооценке. Найдите альтернативные способы совладания с подобными переживаниями. Научите пациента справляться со своими сексуальными импульсами путем фиксации на негативных последствиях парафильного поведения и обсуждения с кем-либо пользы воздержания от подобных побуждений.

Задача аналитического лечения парафилий состоит в том, чтобы полиморфные перверсные инфантильные фантазии и опыт пациента осуществились в глубоких объектных отношениях, где соединяются нежность, эротика и агрессия и могут проявиться наиболее глубокие конфликты, связанные с эдиповой ситуацией и кастрационной тревогой. Мужчины вследствие их первоначального слияния с матерью, а следовательно – с женщиной, могут быть более склонны к бисексуальности и развитию перверсий.

Матери многих парафиликов не понимали эмоциональных

потребностей своих детей. Это воспринимается мальчиком как отвержение, его психика защищается от травмы покинутости отрицанием любви. Неразрешенный эдипов комплекс приводит к идентификации с родителем противоположного пола или выбору неадекватного сексуального объекта. От травмы разлуки с матерью и страха кастрации со стороны отца защищает вуайеризм и эксгибиционизм. Педофилия и сексуальный садизм отражает потребность доминировать для компенсации своей беспомощности в период эдиповой фазы.

Следует учесть, что слишком быстрый переход аналитика к сексуальным проблемам может вызвать у парафилика реакцию полового перевозбуждения. Подобная реакция маскирует и задерживает осознание пациентом ранней травмы, в которой сексуальность является одним из основных компонентов. Поскольку в основе сексуальной аддикции обычно лежит ангедония, при аналитическом лечении нужно быть готовым к развитию депрессии из-за ослабления эротизированных защит. В этих случаях приходится временно назначать антидепрессанты.

Гомосексуализм

Психическим расстройством считается лишь врожденный гомосексуализм (активный – у женщин и пассивный – у мужчин). Для мужчин с истинным гомосексуализмом характерна следующая симптоматика и психодинамика. Имеется первичная женская идентификация с матерью и как следствие – чувство неполноценности в отношении собственной мужской идентичности или тотальное чувство женственности. Выраженное чувство неполноценности обостряется в связи с оскорблениями со стороны общества.

Гетеросексуальный акт не приносит удовлетворения или должен сочетаться с каким-либо извращением. Когда гомосексуалист пытается вступить в половые отношения с женщиной, он испытывает интенсивный страх поглощения. Этот страх преследует его и во сне: он оказывается заключенным в пещере, тоннеле или тонет в воронке воды. Характерным является дефицит телесных границ «Я», страх телесной дезинтеграции и чрезвычайная восприимчивость к повреждению тела внешними объектами. Потребность совершить гомосексуальный акт является импульсивной, он необходим для поддержания телесного «Я» и чувства собственного достоинства перед лицом угрозы предстоящей дезинтеграции личности.

Гомосексуальные действия часто совершаются, чтобы избежать паранойяльного развития. За очевидной склонностью гомосексуалиста к мужчинам скрывается поиск отцовской любви или эрзац-отца и в то же время желание отомстить отцу за то, что тот его не любит; стремление к мужской идентификации было фрустрировано холодом, апатией, пренебрежением со стороны отца или же доминировавшим у ребенка страхом оказаться поперек дороги у матери. Глубокое недоверие, ярость и обида на мужчин могут расцениваться как результат отцовского отказа защитить сына от властной матери. Агрессивные импульсы, массированно прорывающиеся под маской любви и симпатии, угрожают разрушить как отношения, так и партнера.

В процессе аналитической терапии мужчин с нажитым гомосексуализмом проинтерпретируйте отвращение пациента к противоположному полу, страх кастрации и оральной зависимости, а также страх пациента перед собственной деструктивностью. Будьте готовы к наибольшему сопротивлению при интерпретации попытки стать мужественным через идентификацию с партнером и его пенисом в гомосексуальном акте. После того как эта интерпретация проработана, пациент

оказывается способным функционировать гетеросексуально, при этом он проходит через нарциссически-фаллическую фазу, в которой женщины служат лишь «мерилом» его пениса. Бессознательный страх поглощения, что в кульминационный момент полового акта он растворится в женщине, является другой важной интерпретацией. Пациенту с истинным гомосексуализмом помогите принять его сексуальную ориентацию и адаптироваться в соответствующей роли в семье и социуме.

Извращенные способы полового удовлетворения

Вуайеризм (фр. *voir* – смотреть) – для сексуального возбуждения необходимо подглядывание за обнаженными, раздевающимися или совершающими половой акт людьми (вариант – тайный секс по телефону).

Эксгибиционизм (греч. *exhibito* – выставлять напоказ) – неожиданное пугающее обнажение гениталий перед незнакомой женщиной с возникновением сексуального возбуждения и последующей мастурбацией. Жена эксгибициониста обычно доминирует, замещая мать, к которой больной в детстве был слишком привязан из-за невозможности идентифицироваться с чрезмерно авторитарным отцом. Демонстрация пениса женщине (обычно девочке или девушке) в качестве фаллического символа силы и изначального превосходства своего пола служит компенсацией испытанного в детстве чувства неполноценности и унижения.

Что делать. При вуайеризме, эксгибиционизме, а также фетишизме, фроттеризме и садизме применяйте аверсивные методы. Например, пациент мастурбирует, представляя сексуально адекватную сцену, до наступления эякуляции, а затем в течение часа мастурбирует с использованием фетиша или парафилических фантазий, пока они не перестанут вызывать возбуждения вследствие насыщения. Эффективен также метод маскируемой принудительной сенсибилизации, в ходе которой пациент вызывает в своем воображении сцены собственного перверсного поведения. В момент его наивысшего полового возбуждения дайте ему понюхать пары вещества с сильным тошнотворным запахом – чтобы вызвать отвращение к этим сексуальным сценам. Другим поведенческим методом является оргазмическая переориентация, при которой влечение переключают с необычного объекта на обычный. Так, фетишист обуви сначала обучается достигать эрекции при взгляде на фотографию туфель. Добившись эрекции, он приступает к мастурбации, глядя на фото обнаженной женщины. Когда приближается оргазм, он должен полностью сосредоточиться на обычном стимуле. Используется также тренинг по предупреждению рецидивов.

Наслаждение доставляет не секс, а любовник.

Мардж Пирси

Психосексуальные дисфункции у женщин

Сексуальная ареактивность проявляется как подавление вспомогательных эротических фантазий и появление «антифантазий», блокирующих сексуальные переживания (активизация неприятных качеств партнера, тревожные воспоминания и заботы); опасения своей сексуальной неполноценности; отказ от адекватной психологической и физической стимуляции во время сексуальных действий. Она может выражаться также в плохом настроении по вечерам, сердечных приступах, крапивнице, поносах и т. д. Расстройство может быть результатом психосексуальной незрелости, антисексуального воспитания, сексуальных травм в детстве, а также из-за неиспользования эффективной сексуальной стимуляции. У большинства пациентов с сексуальным избеганием наблюдаются неврозы с сексофобией, интимофобией, синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи.

Сексуальное влечение часто тормозится страхом беременности, при этом женщины опасаются принимать пероральные противозачаточные таблетки, которые воспринимают как вмешательство в работу организма, что вызывает у них страх потери идентичности. Прием пероральных контрацептивов сопровождается у этих женщин внеочередными менструациями, желудочно-кишечными расстройствами, головокружением, головными болями, ипохондрическими жалобами. Сексуальное влечение у них связано с чувством страха, вины и необходимости искупающей жертвы.

Их отличает также пассивность и зависимость из-за опасения брать на себя ответственность, поэтому они предпочитают использование мужчиной презерватива, который хотя и не так надежен, но создает ощутимую преграду для мужского семени. Эффективна систематическая десенсибилизация с постепенным увеличением индивидуально подобранных, сначала воображаемых, а затем реальных сексуальных ситуаций, вызывающих тревогу

Отвращение к сексу обычно сочетается с сексофобией и вынуждает избегать половой активности. В некоторых случаях страх перед половой близостью может быть настолько сильным, что появляется обильное потоотделение, сильное сердцебиение, тошнота и понос. Если половой акт все же совершается, он не вызывает удовлетворения и сопровождается сильными отрицательными эмоциями. Расстройство чаще наблюдается у женщин. Страх и отвращение может вызывать все, что

ассоциируется с первичным конфликтом: инициатива и агрессия, сексуальные требования, супружеский долг, физическая близость, объятия, поцелуи, генитальное стимулирование, момент введения пениса во влагалище, фрикции, эякуляция и оргазм партнера. Самое трудное для пациентки не участие в половом акте, а процедура обнажения и прикосновения к телу мужчины. Когда пациентке удается преодолеть этот барьер, дальнейшее ее сексуальное поведение оказывается вполне адекватным.

Оргазмическая дисфункция в начале половой жизни считается проявлением психосексуальной незрелости. Некоторым женщинам необходим определенный период регулярной половой жизни, рождение и вскармливание ребенка, чтобы наконец у них возникла способность к переживанию оргазма. При *отсутствии сексуального удовлетворения* сексуальная стимуляция вызывает лишь физиологический оргазм без чувства приятного возбуждения, хотя и без страха и тревоги, как при сексуальном отвращении. Женский оргазм подавляется тяжелой депрессией и некоторыми препаратами (антидепрессанты, прозерин, оксазил, фосфакол).

Страх беременности при пренебрежении контрацептивами нередко приводит к прерванному половому сношению с экстравагинальной эякуляцией. При этом женщина остается неудовлетворенной и начинает избегать половой активности, а при вынужденном исполнении «супружеских обязанностей» испытывает тягостное чувство, что ее «использовали». В результате снижается половая возбудимость («скорее бы это закончилось!»), уменьшается половое желание («зачем мне это нужно?»), возникает сексуальная антипатия («не трогай меня!»).

Женщинам с поздним оргазмом, которые обижаются на партнера за «эгоизм», так как после своего оргазма он прекращает половой акт, объясните, что после эякуляции у мужчины наступает рефлекторное торможение, делающее дальнейшие фрикции неприятными и даже болезненными. При оргазмоцентрической установке убедите пациентку, что чрезмерное стремление к достижению оргазма тормозит его наступление, перекладывает ответственность за «доведение до оргазма» на мужчину, мешает эмоциональной близости, которая сама по себе является для женщины приятной и необходима для полноценной физической близости. Посоветуйте ей получать больше удовольствия от ласк и фрикций, испытывать чувство удовлетворения от доставляемого любимому человеку наслаждения и разделять с ним его на эмоционально-чувственном уровне.

К вагинальному оргазму склонны женщины депрессивного

склада, которые стремятся сильно привязаться к своему партнеру. Причем переживать оргазм они могут лишь в том случае, если уверены в надежности и прочности отношений с ним. Они пассивны и настроены на получение чего-то от мужчины. К клиторальному оргазму склонны очень активные женщины, они требуют от мужчины стимуляции клитора как подтверждения своей женской природы и предъявляют высокие требования к тому, как он это должен делать. Некоторые из них, напротив, отказываются от клиторальной стимуляции и требуют от мужа только продолжительных фрикций эрегированным членом с «доведением до оргазма», несмотря на неудачу этих попыток. Таких женщин необходимо убедить получать клиторальный оргазм за счет мануальных или оральных ласк. При этом нередко выявляется страх быть отвергнутой, возникающий при мысли о восстановлении потенции мужа.

Женщинам с клиторальным типом оргазма разъясните, что он является таким же полноценным, как вагинальный, и для их удовлетворения нужны предварительные ласки клитора и длительная непрерывная стимуляция его во время коитуса. При этом определенное значение имеют позы, способствующие интенсивному контакту клиторальной области с эрегированным половым членом (в частности, поза наездницы) или позволяющие стимулировать клитор мануально – самой женщине или мужу (с этой целью рекомендуется позиция «мужчина сзади»).

Наступлению вагинального оргазма способствуют ритмичные сокращения мышц тазового дна. Научите женщину идентифицировать функцию этих мышц (во время мочеиспускания широко развести ноги и выпускать мочу небольшими порциями), а затем тренировать их без мочеиспускания, вызывая одновременно представления о расширении и увлажнении влагалища, а в дальнейшем – и соответствующие сексуальные представления. Для перехода от клиторального оргазма к вагинальному используйте прием *«мост»,* предполагающий стимуляцию клитора (женщиной, мужчиной или вибратором), когда эрегированный член находится во влагалище. Перед появлением клиторального оргазма мужчина начинает фрикции и завершает половой акт. Формируется рефлекторная связь между ощущениями клитора перед оргазмом и фрикциями, которые в последующем сами «запускают» оргазм. Эффективность упражнения повышается использованием приема «стоп – старт» (см. ниже), ликвидирующего тревожное ожидание неудачи.

В гипнозе эффективны следующие формулы внушения: «Близость обнаженного мужского тела вызывает в вас желание

активных обоюдных ласк. Предварительные ласки быстро взывают у вас набухание сосков, влагалище становится теплым, мягким, влажным от возбуждения. Ваше возбуждение во время ласк нарастает, вы жаждете мужчину всем своим телом, ваше тело отзывается на каждую его ласку возбуждением. Ваше влагалище готово принять его половой член, оно сокращается в такт движениям полового члена, автоматически реагирует так, чтобы вы достигли максимального удовлетворения. К концу полового акта, через несколько минут активных взаимных движений у вас нарастает тепло внизу живота. Во время разрядки тепло приятной волной разливается по всему телу, а внизу остается приятное расслабление и легкость. Вы вполне возбудимая женщина, рядом с мужчиной вы чувствуете сексуальное желание и готовы достигнуть полного удовлетворения».

Вагинизм – непроизвольное судорожное сжатие наружной трети влагалища при попытке введения полового члена. Спазм влагалищных мышц не поддается произвольному контролю. Каждая попытка полового сношения ведет к генерализованной тревоге и попыткам воспрепятствовать введению члена, в том числе за счет спазмов приводящих мышц бедра. Некоторые женщины с этим расстройством способны к возбуждению и достижению оргазма при стимуляции клитора. К вагинизму может привести интенсивная сексофобия (например, после изнасилования). Вагинизмом обычно страдают интеллигентные женщины, получившие пуританское воспитание и находящиеся в браке с эмоционально неприятным мужчиной, – обычно это пассивные и зависимые личности со слабой эрекцией и преждевременным семяизвержением в преддверии влагалища. Среди пациенток, страдающих вагинизмом, часто встречаются истероидные личности с конверсионными расстройствами.

Примените систематическую десенсибилизацию с использованием в качестве фобогенного стимула объектов все большего диаметра. Женщина вначале вставляет кончик пальца во влагалище в одиночку, наблюдая при этом в зеркало и контролируя внутренние ощущения, возникающие при этом. Эти ощущения и связанные с ними чувства, фантазии и сновидения и анализируются затем совместно с психотерапевтом. Постепенно пациентка оказывается способной ввести во влагалище весь палец, затем два пальца, затем в той же последовательности она проделывает указанные процедуры с помощью пальцев мужа. Наконец, с согласия пациентки и под ее контролем муж осуществляет введение смазанного эрегированного члена. Вначале он оставляет его во влагалище без движения на

несколько минут, затем извлекает, а при повторных введениях осуществляет нежные замедленные фрикции. Женщина реагирует ответными движениями, сосредоточиваясь на приятных ощущениях. После совершения коитуса обычно наблюдается резкое ослабление тревоги.

Диспарейния (гр. *parenous* – сожитель) заключается в появлении болей при введении полового члена в течение всего полового акта или только при глубоком его введении и неспособности пациентки участвовать в половой жизни в соответствии со своим желанием. Женщина может жаловаться на резкую боль даже при легком прикосновении к наружным половым органам, но если прикоснуться к ее гениталиям неожиданно, она соглашается, что ей не больно, а страшно. Болезненность в начале полового акта нередко связана с чрезмерной стыдливостью, боязнью мужских половых органов и страхом проникновения, вызывающим сужение входа во влагалище. Гениталгия развивается обычно после болезненной дефлорации, насилия или стремительного полового акта без прелюдии, полового акта при наличии гинекологической патологии и т. п.

У возбудимых женщин часто после полового акта без оргазма возникают боли внизу живота из-за сохраняющегося переполнения кровью половых органов и малого таза. Неразрядившееся напряжение вызывает головную боль, бессонницу, раздражительность. Повторение половых актов, не завершающихся оргазмом, приводит у них к развитию невротических расстройств и конфликту с партнером. В некоторых случаях указанная реакция соматизируется, в результате тормозится выделение смазки, возникают неприятные ощущения и боли при коитусе из-за сухости половых органов. Болевые ощущения фиксируются фобическими ожиданиями и используются для перенесения своих негативных чувств на партнера.

Для истерических диспарейний характерны различные боли – ноющие, режущие, стреляющие, колющие, «как мечом пронизывающие тело», а также ощущения ползания мурашек, зуда. Локализуются боли чаще всего в области влагалища и нижней части живота, реже – в области наружных половых органов. Появляются обычно в связи с половым актом и могут сочетаться с чувством тошноты, «замиранием всего тела», стонами и экспрессивными движениями. Подобные состояния чаще наблюдаются у молодых демонстративных внушаемых женщин, которые вышли замуж по расчету, не испытывают потребности в сексуальных контактах и манипулируют мужем.

Они преувеличивают свои болевые ощущения, излагают жалобы чрезмерно эмоционально, с многочисленными деталями. Избегая вагинального секса, пациентки увеличивают период предварительных ласк, стремясь получить оргазм внекоитальным путем в рамках платонического и эротического сценария, соответствующего их незрелой психосексуальной сфере.

Эффективным способом лечения коитофобии, вагинизма и диспарейнии является систематическая десенсибилизация. Составьте иерархию фобогенных ситуаций от максимально до минимально выраженной: половой акт, введение члена, раздвигание ног, стимуляция клитора, петтинг, красноречивый взгляд, ласки груди, раздевание, объятия и поцелуи, вхождение в ванную комнату, ванная комната, эротические намеки. Затем обучите пациентку мышечной релаксации по Джекобсону, чтобы она в состоянии расслабления представляла себе ситуации, начиная с низа иерархии.

Уровень испытываемой во время упражнения тревоги должен быть достаточно выраженным, чтобы появилась возможность привыкания к ситуации, ранее неприятной, вызывающей страх и отвращение к сексу. Вначале негативная эмоциональная реакция изменяется на нейтральную, затем с помощью внушения и самовнушения – на позитивную. Это упражнение пациентка делает сначала вместе с терапевтом, затем она повторяет его самостоятельно и, наконец, вместе с партнером. После того как пациентка сможет участвовать в очередной ситуации, не испытывая при этом страха, переходите к следующей.

Психосексуальные дисфункции у мужчин

Слабость эрекции – это, как правило, психогенное расстройство. О преимущественно функциональном характере нарушения свидетельствует возникновение эрекции во сне и при утреннем пробуждении, при мастурбации и перед половым актом, а также связь нарушения эрекции только с определенной женщиной или определенными ситуациями. У молодых, особенно неженатых мужчин, эрекция может быть угнетена неуверенностью и другими эмоциями, сопровождающими сексуальную ситуацию. С возрастом эрекция слабеет, что может вызвать беспокойство у мужчины, а у жены – недовольство и подозрение в супружеской измене. Угнетение эрекции может быть связано также с утомлением, алкоголизацией, неврозом и депрессией, некоторыми лекарствами.

Нарушения потенции чаще возникают у акцентуированных или психопатических личностей, имеющих затруднения в социальных и эмоциональных контактах. Недостаточная эрекция глубоко нарушает у них чувство уверенности и нередко приводит к супружеским конфликтам, разводам, неврозам, алкоголизму, реактивной депрессии и самоубийству. Ослабление эрекции так сильно удручает таких мужчин в связи с тем, что мужественность и потенцию в половой сфере они оценивают прежде всего выраженностью и продолжительностью эрекции, легкостью ее возникновения и «помехоустойчивостью». Для снятия обвинения в этом отношении и из-за низкого уровня рефлексии многие пациенты ищут органические основы этого расстройства. Пациенты, опасающиеся, что у них полностью исчезла эрекция из-за органических причин, могут убедиться в наличии ночных эрекций с помощью склеенной полоски туалетной бумаги, обернутой перед сном вокруг полового члена.

Научите пациента введению недостаточно напряженного полового члена во влагалище мануально. Это делается в гинекологическом положении женщины (лежа на спине с широко разведенными ногами). Кровенаполнение головки полового члена осуществляется с помощью руки, «выжимающей» кровь из ствола пениса в головку, и сопровождается парадоксальным внушением «Хочу, чтобы половой член остался ненапряженным» и сосредоточенностью на приятных ощущениях, возникающих при контакте головки полового члена с влагалищем. При этом снижается значимость эрекции, повышается доверительность партнеров, их взаимное половое влечение, возникает сексуальное возбуждение с нормальной эрекцией полового члена.

Пациентам с тревожным ожиданием неудачи посоветуйте ограничить сексуальную активность проведением петтинга, это снимет с них чувство ответственности за обязательную стимуляцию влагалища половым членом и изменит фаллоцентрическую модель сексуального поведения на более широкую гедонистическую. Используйте систематическую десенсибилизацию, когда пациент вызывает в своем воображении ситуацию, обладающую минимальным фобическим потенциалом, и через полминуты расслабляется. Упражнение повторяется несколько раз, затем пациент переходит на следующую ступень. Продолжительность сеанса – до получаса; он может проводиться и в группе, и в гипнозе с купированием возникающего страха терапевтическим внушением, и с доброжелательно настроенной сексуальной партнершей (в последнем случае страх тормозится не расслаблением, а половым возбуждением).

Для выработки адекватного отношения к ощущениям потери и восстановления эрекции примените прием *«сжатие».* Когда у мужчины появляется эрекция, женщина сжимает пенис под головкой достаточно сильно и надолго, чтобы эрекция рефлекторно уменьшилась наполовину. После нескольких нежных прикосновений эрекция восстанавливается. 5–6 повторений этого упражнения может оказаться достаточно, чтобы преодолеть страх потери потенции.

Учтите, что у некоторых мужчин эрекция легче возникает, когда они в одежде; используются утренняя эрекция, смазка вазелином, мануальная или оральная мастурбация. В это время рекомендуйте вызывать у себя живые эротические фантазии, отвлекающие от навязчивого тревожного самоконтроля. Открытое обсуждение подобных фантазий может вызвать у мужчины чувство вины за символическую измену, а у женщины – чувство ревности. В таком случае повысьте самооценку с помощью глубинной психотерапии.

При ***преждевременной эякуляции*** ослабьте страх, сопровождающий генитальную реакцию, и проведите тренировку переносимости высокого уровня возбуждения без эякуляции. Используйте описанную выше технику «сжатия», а также прием «стоп – старт», который заключается в следующем. Супруги поводят предварительные ласки, пока у мужа не возникнет эрекция. После этого он ложится на спину, закрывает глаза и расслабляется, а жена мастурбирует его. Почувствовав приближение оргазма, муж останавливает жену, дожидается ослабления позыва к эякуляции и повторяет процедуру четыре раза; в последний раз он эякулирует. После двух успешных попыток супруги повторяют упражнение с использованием

вазелина для усиления приятных ощущений и возбуждения. После 3–4 успешных попыток с вазелином упражнение совершается в процессе коитуса. Женщина занимает положение сверху, мужчина направляет ее движения руками, трижды останавливая при приближении оргазма; на 4-й раз он совершает фрикции и эякулирует. Затем проводятся 3–4 упражнения в этой позиции с активными фрикциями мужчины и его остановками перед эякуляцией. По мере успешного овладения мужчиной самоконтролем пара может перейти к выполнению упражнения в позиции «на боку» и, наконец, в положении «мужчина сверху».

В этом упражнении мужчине предлагается роль «получателя удовольствий», что может обострить у него страх отвержения и/или чувство вины за свой эгоизм. Проработка этих чувств и стоящих за ними половых установок способствует эффективности лечения, однако у мужчины может появиться защитная реакция на улучшение функции, если преждевременная эякуляция была единственным способом бегства от доминирующей, напоминающей мать женщины. Учитываются также реакции сопротивления у жены, которой может не понравиться роль «гейши» или которая при улучшении сексуальных функций у мужа вынуждена отказаться от роли жертвы, не может контролировать его поведение и опасается, что он уйдет к более привлекательной женщине.

Объясните пациенту, что при прерванном половом акте мужчина боится потерять контроль над эякуляцией, сосредоточивает внимание на соответствующих ощущениях и этим невольно приближает семяизвержение. Посоветуйте пациенту применять презервативы для снижения остроты ощущений, использовать активную позицию женщины при пассивном расслаблении мужчины, чаще совершать половые акты, переключать внимание в начале коитуса на несексуальные раздражители и делать перерывы во фрикциях для продления полового акта. Включите эту информацию в гипносуггестивное моделирование и закрепите с помощью формул самовнушений в процессе аутотренинга. Определенное значение имеют библио– и видеотерапия.

Замедленная эякуляция, когда для наступления эякуляции необходимо все больше увеличивать число фрикций, обычно связана с возрастом мужчины; при некоторых половых актах, особенно частых, эякуляция не наступает вовсе. При астенической эякуляции семенная жидкость не извергается, а свободно вытекает, принося лишь ощущение облегчения, но не удовольствия. Алкоголизм притупляет чувствительность, что приводит к чрезмерной задержке эякуляции, таким же эффектом

обладает сонапакс и антидепрессанты. Иногда расстройство возникает лишь при сексуальном контакте с одной определенной партнершей. В большинстве случаев мужчина может добиться эякуляции с помощью мануальной или оральной стимуляции партнершей, а также используя мастурбацию в ее присутствии или в уединении.

Мужчина, неуверенный в своей способности удовлетворить женщину, нередко использует в качестве защиты излишнюю заботу о своей партнерше. Затягивание полового акта может быть связано и с женоненавистничеством, в основе которого лежит страх зависимости. В этом случае столкните мужчину с его враждебными чувствами, помогите ему признать их и принять без чувства вины. Секс-терапию направьте на адаптацию эякуляционного рефлекса к ситуации коитуса. Примерная цель процедур: мастурбация в одиночку с использованием эротических фантазий до наступления оргазма; то же с женой, находящейся в соседнем помещении; то же в одной комнате с женой; затем используйте прием *«мужской мост».* Жена мастурбирует мужа до предвестников наступления оргазма, затем он вводит половой член во влагалище и совершает фрикции, а жена продолжает мануальную стимуляцию пениса (в определенных позах). Перед эякуляцией муж просит жену убрать руку и делает еще несколько фрикций, приводящих к наступлению оргазма. Чтобы усилить стимуляцию, посоветуйте женщине плотно сжать ноги.

Эякуляция – это плевок мужчины в душу женщины.

Неизвестная феминистка

Особенности терапии сексуальных дисфункций

Опросник к психосексуальным расстройствам

- Бывает ли у вас ощущение, что вы «не достигаете цели», «промахиваетесь», что вы «хилая», «замкнутая»?
- Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно вашего заболевания? Какие?
- Как вы оцениваете следующие высказывания: «Религия (мировоззрение), которой я придерживаюсь, очень высоко ценит верность в сексуальных отношениях»; «Я принимаю уникальность моего партнера, которая проявляется в его качествах и способностях»; «Я боюсь потерять себя, потерять контроль над собой»; «Мои сексуальные проблемы вызывают во мне ощущение неполноценности».
- Каким образом вас «просветили»?
- Как вы это восприняли?
- Ваша способность к сексуальному возбуждению и сексуальная чувствительность отсутствовали или были слабыми с детства, или ваша сексуальная восприимчивость была впервые утрачена позднее?
- Когда это произошло? В связи с чем?
- Есть ли для вас разница между сексом, сексуальностью и любовью?
- Считаете ли вы сексуальное возбуждение и удовольствие достижением, которого вы должны добиться исходя из своей самооценки или оценки вашего партнера (например, определенное число оргазмов)?
- Рассматриваете ли вы ваши отношения с партнером преимущественно с точки зрения телесных функций и особенностей (фигура, рост, цвет кожи, запах, величина груди, члена, частота оргазма и т. д.)?
- Как вы относитесь к изменениям физических функций и особенностей вашего партнера (например, при старении)?
- «Заменим» ли для вас ваш партнер, «заменимы»

ли вы для него?

- Можете ли вы быть со своим партнером нежны и без половой близости?
- Играют ли особенности характера и поведения вашего партнера большую роль в ваших отношениях?
- Уделяет ли ваш партнер достаточное внимание вашим желаниям (предварительные ласки, нежность, позиции, введение полового члена и т. д.)?
- Может ли ваш партнер откровенно сказать вам о своих проблемах и желаниях?
- Аргументирует ли он, кричит, задает вопросы, выслушивает, замыкается в себе?
- Чувствуете ли вы, что он вас понимает?
- Есть ли у вас способность сказать «нет», если вы чего-то не хотите?
- Избегаете ли вы по возможности профессиональных конфликтов?
- Какое влияние оказывает ваша работа на ваши сексуальные проблемы?

Рациональную психотерапию психосексуальных расстройств ориентируйте на актуальную жизненную ситуацию и устранение негативных внешних и внутренних влияний. Предоставьте пациенту информацию о естественном характере и пользе мастурбации для сексуального развития, возрастно-половой ритмичности сексуальной жизни, нормальной продолжительности полового акта, роли астенизирующих и невротизирующих факторов в развитии преходящих сексуальных расстройств. При необходимости проинформируйте пациента о второстепенной роли размеров полового члена, важности прелюдии, стимуляции клитора и двигательной активности женщины во время полового акта, применении надежных противозачаточных средств. Одиноким пациентам посоветуйте установить длительную интимную связь, откровенно признаться партнерше о характере сексуальных нарушений, взять на себя инициативу в интимных отношениях и постепенно расширять диапазон ласк.

У молодого мужа нередко наблюдается гиперсексуальность, ему требуются более частые половые акты, в то время как жена ожидает добрачных романтических проявлений, не испытывает еще оргазма, скрывает или подавляет свое недовольство, пока конфликт не станет явным. При несовпадении уровней полового влечения посоветуйте определять частоту половых сношений партнеру с более низким уровнем полового желания, поскольку

его уступчивость в конце концов может привести к торможению у него сексуального влечения. При этом другому партнеру рекомендуется использовать внекоитальный оргазм – желательно с участием супруга(и).

Причиной сексуального конфликта может быть несовпадение ролевых ожиданий. Речь идет об инициативе, активности, определенных особенностях поведения: оно может быть игровым и восприниматься как инфантильность, нерешительность или, наоборот – агрессивно-добывательским и ассоциироваться как со страстью, так и с эгоизмом, грубостью и даже садизмом. Научите супругов отличать активное поведение от требовательного и навязчивого, начало действий от агрессивного вторжения, мягкое выражение желания от стремления критиковать. Помогите супружеской паре договориться о взаимоприемлемом сексуальном сценарии, времени для половой близости, поведении до и после нее, приемлемости определенных способов и поз, поиске новых сексуальных игр, стимуляции тех или иных эрогенных зон, степени активности каждого партнера, об использовании противозачаточных средств и т. д.

Необходимо создавать комфортные условия для интимной близости, обеспечивать соответствующий эмоциональный настрой («женщина любит ушами»). Период предварительных ласк должен продолжаться достаточно долго и включать стимуляцию эрогенных зон супруги, в том числе клитора до тех пор, пока не возникнет его эрекция, увлажнение влагалища и не раскроется вход в него. Молодому возбудимому мужчине в это время лучше избегать стимуляции полового члена, а во время коитуса прерывать фрикции, не извлекая пениса из влагалища (пролонгированный половой акт). У пожилого мужчины в период прерывания прелюдии может исчезнуть эрекция, которая возвращается с помощью мануальной стимуляции (вторая волна эрекции).

Суггестивная терапия психосексуальных расстройств применяется в нескольких вариантах.

Гипнокатарсис используется для лечения сексуальных дисфункций, обусловленных психотравмами, которые оживляются и отреагируются в гипнотическом состоянии. Гипнотерапия направлена на повышение уровня сексуального влечения и сексуальной реактивности, уверенности в своей сексуальной привлекательности и сексуальных возможностях, на усиление сексуальной возбудимости при половой активности с партнером, подчеркивание его сексуально возбуждающих качеств, внушение ярких сексуальных представлений с положительным отношением к ним.

Гипносуггестивное моделирование заключается в вызывании у пациентов тех психофизиологических реакций, которые обычно возникают при полноценном естественном протекании полового акта; при этом учитываются особенности реакций пациента во время сношения до начала расстройства. В гипнозе моделируется нормальный половой акт с постгипнотическим внушением, что так же удачно и с удовольствием он будет протекать в реальности.

Гипносуггестивное программирование направлено на коррекцию отдельных функциональных характеристик полового акта; формулы внушения ориентированы на успокоение, ободрение, ликвидацию симптомов и нормализацию нарушенных функций.

При вагинизме и диспарейнии направьте гипнотические внушения на купирование тревожных ожиданий, расслабление мышц, переключите внимание с ожидания неприятных ощущений на получение удовольствия. Гипнотерапия при преждевременной эрекции должна включать формулы общего спокойствия во время близости, уменьшения чувствительности головки полового члена, повышения контроля над уровнем полового возбуждения. При замедленной эякуляции и слабо выраженном оргазме используйте внушения, направленные на повышение интенсивности сладострастных ощущений во время совершения фрикций и уменьшение продолжительности полового акта. Аналогичные принципы гипнотического программирования, моделирования и постгипнотического внушения применяйте при нарушениях эрекции.

Аутотренингом научите женщину расслаблять мышцы промежности, сосредотачивать внимание на приятных ощущениях в гениталиях во время прелюдии, усиливать приток крови к половым органам и повышать их чувствительность. Помогите ей с помощью соответствующих формул самовнушения изменить отношение к партнеру и половому акту на позитивное и гедонистическое. Мужчину для устранения напряжения, опасений и страха перед половым актом обучите сокращенному варианту аутотренинга с применением формул самовнушения кровенаполнения полового члена, представления о себе как о сильном уверенном мужчине, адекватно действующем во время половой близости. В течение 2–3 месяцев научите пациентов в однополой группе вызывать ощущения расслабления, тяжести и тепла в конечностях и животе, затем переходите к выполнению специальных упражнений. Для формирования самоутверждающего поведения используйте также ассертивный и ролевой тренинг.

Психодинамическая терапия, направленная на коррекцию эмоциональной и коммуникативной сферы, ***показана*** депрессивным и паранойяльным пациентам, половое поведение которых носит болезненный и антиэротический характер. Имеющиеся у них сексуальные дисфункции прочно связаны с личностной психопатологией, а защитные реакции (в том числе сопротивление терапии) крайне инертны. Психодинамические методы применяйте в комплексе с другими методами психотерапии для понимания неосознанных механизмов сексуальных дисфункций и скрытых супружеских конфликтов, для учета связи симптомов с глубинными психологическими проблемами, сексуальными невротическими реакциями детства и культуральными влияниями и для анализа реакций пациентов и их сексуальных партнеров во время проведения терапии.

Нередко сексуальные дисфункции связаны с неразрешенным эдиповым конфликтом: страхом инцеста, кастрации (в том числе страх «зубастого влагалища»), гомосексуальности, своей половой неполноценности, табу на чувственное удовольствие и сексуальную агрессию. Вскройте и проработайте интимофобию, мизофобию, онанофобию, чувство сексуальной неполноценности, непривлекательности и некомпетентности, недоверие, враждебность или амбивалентность по отношению к противоположному полу, страх отвержения, страх генитальной травмы, латентные гомосексуальные и садомазохистские влечения. Разделяйте сопротивление пациентов процессу терапии и ее результатам.

Психодинамическая терапия психосексуальных расстройств проводится обычно в ходе *парной секстерапии* (Каплан, 1994) и заключается в совместном анализе терапевтических реакций партнеров. Это подход, ориентированный на пару, где оба партнера участвуют с самого начала лечения. Добейтесь понимания супругов, что симптомы сексуальной дисфункции у пациента отражают сексуальные проблемы пары в целом и что сами сексуальные проблемы, в свою очередь, связаны с недостаточным взаимопониманием в супружестве. Важно уже то, что открытое обсуждение облегчает искреннее общение между супругами.

В совместных собеседованиях побудите супругов к обнаружению природы проблемы, пониманию сексуального опыта друг друга, развенчанию мифов и неправильных представлений о сексе и развитию правильного отношения к нему. Анализируйте как спонтанные высказывания, так и фантазии и сны, которые супруги переживали в последнее время.

Первое время не разрешайте половые сношения, чтобы

партнеры научились получать удовольствие, разглядывая и лаская друг друга без стимуляции гениталий. При этом беспокойство по поводу совершения полового акта уменьшается, внимание переключается на эмоциональную интимность и эротику, необходимые в качестве основы нормального сексуального поведения. Далее включите сначала один вид сексуального удовлетворения, при котором развивается тревога, и затем постепенно расширяйте репертуар с помощью специальных упражнений, когда пара чувствует себя спокойно при взаимном сексуальном удовлетворении. Вначале направьте упражнения на достижение вербального контакта, а затем – на повышение сенсорного осознания взгляда, прикосновения, звука и запаха.

Применяйте приемы чувственного фокусирования (услаждения). Задача сводится к доставлению друг другу максимального эротического наслаждения, выполнению по возможности любых сексуальных запросов тревожного, неуверенного партнера. Расслабленное, безмятежное состояние позволяет пациентам преодолеть свои негативные установки и ожидания, связанные с неудачами и душевными травмами. Взаимное доверие, нежность и забота служат подкреплением и стимулом для адекватного сексуального функционирования, построенного на сопереживании радости и удовольствия.

Если на первом этапе занятий партнеры ограничиваются эротическими ласками, то на втором переходят к генитальному услаждению – предельно нежному, деликатному, с максимальным использованием обратной связи, сменой ролей и запретом на совершение полового акта. Этот запрет нередко нарушается, что может оказаться как нормальной реакцией, так и проявлением сопротивления терапии. После появления эрекции у мужчины и увлажнения влагалища у женщины пара переходит к необязывающему коитусу. Женщина занимает позу сверху и вводит член во влагалище. После этого некоторое время она осваивается с ощущением заполненного эрегированным членом влагалища. Чтобы усилить эти ощущения, она делает несколько сжатий тазовой мускулатуры, как при мочеиспускании. Далее она совершает медленные движения тазом вдоль члена мужчины, пробуя разное направление, интенсивность и ритм движений. Мужчина заинтересованно, с участием и ободрением участвует в этом. Если он чувствует приближение оргазма, пара делает небольшой перерыв, оставляя член во влагалище. Мужчина или сама женщина может в это время стимулировать ее клитор.

Упражнение иногда вызывает тревогу и активизацию механизмов защиты, сдерживающих ее. Содержанием тревоги бывает страх быть отвергнутой, самой проявить враждебность к

мужу. Она может также испытывать чувство вины – мазохистское за свое необычно эгоистичное сексуальное поведение и/или эдипово по поводу своей сексуальной активности и стремления к сексуальному наслаждению. Мужчина, в свою очередь, может опасаться потерять доминирующую роль в сексе и психологическое превосходство над «неполноценной» женщиной. Проработайте эти переживания с помощью аналитической техники. На данном этапе терапии супруги используют вневагинальный коитус в качестве альтернативной формы удовольствия, когда женщина может получать оргазм в результате мануальной или оральной стимуляции клитора, а мужчина при желании совершает мастурбацию и эякуляцию вне влагалища.

На следующем этапе проводится упражнение «вагинального сдерживания»: эрекция – введение – фрикции – извлечение; после нескольких повторений при желании мужчине разрешается вневагинальная эякуляция. В завершающей фазе терапии мужчине временно разрешается сексуальный эгоизм, когда он действует, исходя лишь из собственных потребностей, и совершает интравагинальную эякуляцию, когда хочет этого и уверен, что может это. Он использует такой ритм, такие позы, такие способы и такие эротические фантазии, которые ему больше всего подходят. Когда мужчина достиг оргазма, он обеспечивает оргазм и женщине – способами, которые были отработаны ранее.

Расстройства сна

При ***бессоннице неорганической природы*** пациент жалуется на нарушения засыпания, поддержания сна или плохое его качество; нарушения сна возникают в течение по меньшей мере месяца не менее трех раз в неделю, они причиняют отчетливое субъективное страдание или затрудняют социальное и профессиональное функционирование. Чаще по поводу данного расстройства обращаются женщины, у которых наблюдается состояние напряжения в сочетании с соматизированной тревогой. Для них характерно отрицание тревоги и психологических проблем, раздражительность, хроническое чувство усталости, которое они связывают с дефицитом сна, усиливающаяся к ночи озабоченность по поводу предстоящей бессонницы и отсутствие ощущения отдыха после сна. У молодых чаще встречается нарушение засыпания, пожилым людям трудно поддерживать состояние сна. Расстройство сна может серьезно ограничить работоспособность.

Ночные ужасы. Повторные эпизоды (два и более) пробуждения от сна с паническим криком, сильным страхом, сопровождаемым соответствующими движениями, учащенным и усиленным сердцебиением, учащением дыхания и обильным потом. Эти эпизоды возникают в продолжение первой трети ночного сна. Длительность их не превышает 10 минут. Усилия окружающих успокоить пациента во время эпизода безуспешны и завершаются лишь дезориентировкой и стереотипными движениями. Воспоминания о происшедшем весьма ограничены.

В форме ночных ужасов часто проявляются панические атаки. Пароксизмальные ночные страхи, систематически повторяющиеся спустя 2 часа после засыпания и сочетающиеся с мочеиспусканием, могут быть симптомами височной эпилепсии наряду с признаками повышенной судорожной готовности (судороги в икроножных мышцах, вздрагивания при засыпании, скрежетание зубами во сне, падения ночью с постели). У детей с невротическим происхождением ночных страхов и при сомнамбулизме возможна длительная ремиссия, если незадолго перед временем обычного развития приступа их будить несколько ночей подряд. Может потребоваться изучение семейной ситуации и при необходимости – семейная терапия.

Кошмары. Пробуждение от ночного или послеполуденного сна сопровождается живым и детальным воспоминанием о кошмарных сновидениях, содержащих по большей части угрозу собственной жизни, безопасности или чувству собственной

ценности. После эпизода быстро устанавливается бодрствующее состояние и все виды ориентировки. Комплекс нарушения сна и переживания сновидений причиняют пациенту отчетливое субъективное страдание.

Кошмары более типичны для второй половины сна, возникают во время фазы сновидений, пробуждение без выраженной тревоги, вегетативные проявления незначительные. Кошмары – это искаженные, замаскированные и сконцентрированные выражения бессознательных желаний спящего, включая запретные сексуальные (фр. *coucher* – спать, *mere* – мать, *maratre* – злая мачеха).

Снохождение (сомнамбулизм) предполагает наличие повторяющихся (два раза и более) эпизодов, в которых пациент покидает постель во время сна (чаще в первые три часа), демонстрируя автоматизированные, в разной степени неосмысленные двигательные акты. Во время такого эпизода пациенты чаще всего имеют застывшее, пустое выражение лица, они относительно мало реагируют на усилия окружающих повлиять на их состояние или войти с ними в контакт, их трудно разбудить. При пробуждении непосредственно после снохождения или на следующее утро эпизод амнезируется. Сразу после выхода из эпизода отсутствуют нарушения психической деятельности и поведения, хотя вначале может отмечаться короткий промежуток спутанности и дезориентировки.

Пациент может сесть в постели, пойти в ванную, одеться, выйти из дома, иногда произносит малопонятные слова и фразы. Через несколько минут он возвращается к глубокому сну (иногда после кратковременного пробуждения с чувством растерянности); эпизод забывается. Повторные эпизоды стереотипно повторяют друг друга, действия могут отражать содержание вытесненной психотравмы. В отличие от эпилептического снохождения за ночь бывает лишь один эпизод. От истерического сумеречного состояния сознания отличается невозможностью вступить с пациентом в контакт.

Снохождение чаще наблюдается у мальчиков, обычно проходит с возрастом. Оно провоцируется стрессами, высокой температурой, переутомлением, недосыпанием. Целью инфантильного снохождения может служить родительская кровать, где можно раскрыть сексуальные секреты или найти защиту от соблазнов и страхов. Кроме того, мотивом сомнамбулизма может быть скрытая склонность к побегам из дома. Внезапное наступление среди бодрствования сноподобного состояния, приступов усталости и резкого падения тонуса может символизировать оргазм, а также означать поворот агрессии на

себя с целью ее блокировки.

Во избежание травм следует установить решетки на окна. Организуйте для ребенка более щадящий режим, обеспечьте ему теплое отношение близких, помогите в отреагировании психотравмы. Нередко выявляется, что ребенок спит между родителями, разделяя их. В этих случаях симптом может выполнять роль семейной защиты от сексофобии, которую следует вскрыть и проработать в процессе супружеской, а при необходимости – и секс-терапии.

3. Фрейд (2008) понимает фобию сна как страх перед бессознательными желаниями, которые могут возникнуть во сне. Таким соблазном может выступать оживление первичной сцены – полового акта между родителями, которые считали ребенка спящим. Поскольку во время сна утрачивается контроль двигательной сферы, сексуальные искушения становятся особенно опасными; сопротивление им может принять форму страха перед мастурбацией или поллюцией. Кроме того, возникает страх инцеста и кастрации, которую невозможно избежать вследствие обездвиженности. В случае неудачного вытеснения этих желаний и страхов с помощью сновидений последние становятся кошмарами и фобия сна приобретает форму фобии сновидений, также мешающей засыпанию.

Кроме того, во время засыпания происходит регресс к орально-рецептивной фазе, ассоциирующейся с магическим ожиданием, что кто-то придет и избавит от напряжения. При этом возникает страх наказания за свои домогательства помощи и опасение потерять контроль за ситуацией, приводящее к окончательному отказу от сна.

Снотворные и транквилизаторы с гипнотическим действием назначаются на 1–2 недели из-за опасности развития лекарственной зависимости. У многих больных снотворные только облегчают мучительное времяпровождение без сна, а при их отмене надо быть готовым к кратковременному возврату симптомов. Имейте в виду, что применение транквилизаторов может привести к появлению побочных действий, усугубляющих вегетативные расстройства с ощущением телесного дискомфорта (вялость, сонливость по утрам, гипотензия, мышечная слабость, нарушение координации движений).

Лекарства следует принимать за 20–30 минут до сна, после чего прогуляться по воздуху, проветрив помещение. Таким образом, вместо рефлекса «таблетка – сон» формируется рефлекс «прогулка и свежий воздух – сон». Некоторым пациентам удается спокойно спать до утра, приготовив «на всякий случай» таблетку на прикроватной тумбочке; затем они все чаще «забывают» ее

положить.

Период приема лекарств и облегчения состояния используйте для налаживания гигиены сна и начала курса психотерапии. Затрудненное засыпание довольно легко устраняется внушением в гипнозе. Формулы внушения пациенты могут использовать для самовнушения. Это обеспечивает им уверенность в своей способности контролировать засыпание и купирует тревожное ожидание бессонницы.

Образец сеанса гипнотерапии

«Сейчас вы успокаиваетесь и расслабляетесь. Спокойно расслабляется все тело. Расслабляется лицо. Становится расслабленным, безмятежным. Полностью расслабляется шея. Дышится и глотается незаметно, спокойно. Голова лежит совершенно спокойно. Ей удобно, уютно. Голова освобождается от всего мешающего, от напряжения и забот, отдыхает, успокаивается. Когда вы отдыхаете, расслабляетесь так, руки становятся ленивыми, усталыми. Отдыхают, расслабляются полностью. Руки сейчас неподвижные, бессильные, как плети. Лень шевелить ими. Ноги сейчас такие же усталые, неподвижные, как и руки. Отдыхают, расслабляются полностью. Лежать удобно, уютно. Тело расслабляется полностью, от головы до самых пят. Тело погружается в уютную безмятежную дремоту. Пропитывается густым, глубоким теплом. Тело освобождается от остатков напряжения, от всего мешающего. Приятная глубокая дремота разливается по всему телу. И эта дремота сама собой становится все приятнее и глубже. Дыхание становится все спокойнее, незаметнее. Как дыхание человека, который все глубже погружается в состояние полного физического и душевного покоя. Сердце работает незаметно, спокойно. На душе все спокойнее, все легче. Чувствуете себя в уютном, укромном месте. В полной безопасности. Вдали от всех волнений, забот. Мягкий, теплый туман укутывает все тело, как просторное покрывало. Лежать удобно, уютно. Отдыхайте…

Когда вы отдыхаете, расслабляетесь так, тело превращается в мягкий, теплый, зыбкий туман. Расплывается в тумане. Становится приятно бесчувственным, невесомым. Как ватное, как чужое. Перестаете чувствовать свое тело. Посторонние звуки безразличны. Они доходят как сквозь вату. Посторонние звуки легко оставлять без внимания. Мой голос все больше успокаивает, убаюкивает. Каждое слово углубляет сонно. Сон углубляется сам. Засыпайте… Когда вы расслабляетесь, засыпаете так, вся усталость, незаметно скопившаяся до этого, огромной приятной

тяжестью наваливается на вас, и вы незаметно, спокойно погружаетесь в уютную, безмятежную дремоту, которая все углубляется и углубляется. В это время легко оставлять без внимания любые звуки. Любые ощущения, любые мыслит. Все минувшие впечатления становятся далекими, безразличными, чужими. Все предстоящие заботы откладываются на потом, на свежую голову. И когда вы так спокойно, беззаботно, безмятежно относитесь ко всему, в том числе и ко сну, сон приходит сам, как это дано вам природой, легко и незаметно. До самого пробуждения сон остается спокойным, глубоким. Любые случайные помехи для сна безразличны, их легко оставлять без внимания. Когда вы засыпаете так, в голове приятный туман вытесняет мысли. Мысли путаются, расплываются в тумане. Перестаете вслушиваться и вдумываться в мои слова. Лень шевелиться, думать. Слова лечения сами собой, безо всяких усилий проникают в память, улучшают настроение и самочувствие. Слова лечения улучшают работоспособность и ночной сон.

Сейчас вы легко можете почувствовать себя так, как будто задремали, забылись на свежем воздухе, в уютном, укромном месте. Дышите чистым, свежим, приятно прохладным воздухом. Вдох успокаивает, выдох спокойный. Такое сонное дыхание успокаивает, убаюкивает вас. С каждым выдохом дремота нарастает. Когда вы наслаждаетесь этой дремотой, на душе становится совсем тихо и легко. Отдыхайте. Каждая минута этого состояния очень приятна и полезна для вас. Через несколько минут я снова заговорю с вами. К этому времени гипнотический сон станет еще глубже. Лечебные внушения будут восприниматься и действовать еще лучше. И тогда я дам вам следующее внушение, которое вам легко будет выполнить. Отдыхайте, наслаждайтесь этим приятным состоянием полного физического и душевного покоя. Засыпайте еще спокойнее и еще глубже. Сейчас вы слышите мой голос и продолжаете засыпать все глубже и глубже. Чувствуете, как неодолимая сонливость охватила все тело. Лень сопротивляться сну, лень шевелиться, думать. Все больше хочется спать… спать… спать…

Засыпайте, и пусть вам представится или приснится что-нибудь очень приятное, ободряющее, обнадеживающее. В этом сновидении или фантазии вы сможете почувствовать себя спокойным, уверенным, жизнерадостным человеком, довольным собой и своей жизнью. В это время ваш сон станет совсем глубоким. И как бы глубоко вы ни заснули, вам легко будет понимать и выполнять мои внушения. Через несколько минут я снова заговорю с вами, а сейчас сон углубляется сам. Спать…

спать… спать… Сейчас вы спите глубоким лечебным сном. Только мой голос звучит для вас, остальные звуки безразличны, незаметны. Вам легко выполнять мои внушения. Легко чувствовать все то, о чем я говорю. Сейчас вы легко сможете почувствовать себя очень легким, невесомым. Как птица, выпущенная из клетки, которая взмывает на своих сильных крыльях высоко в небо и наслаждается полной свободой, всей мерой счастья, отпущенного ей жизнью…

Сейчас вы находитесь в состоянии гипнотического сна, когда мои лечебные внушения действуют особенно сильно. Они прочно закрепляются в самой глубине вашей памяти, в нужный момент срабатывают автоматически. Дома, когда вы ложитесь в постель для сна, как только голова касается подушки, на вас наваливается огромная усталость, в голове появляется туман, вытесняет все мысли, и вы погружаетесь в такой же приятный глубокий сон, как сейчас. Сон до самого утра остается спокойным, безмятежным, с приятными сновидениями, которые успокаивают, углубляют сон. Утром просыпаетесь свежим, бодрым, хорошо отдохнувшим, жизнерадостным и уверенным, как проснетесь сейчас».

Нервная анорексия и булимия

Избегающе-ограничительное расстройство приема пищи проявляется чаще у детей, между первыми признаками расстройства и полной клинической картиной может пройти более или менее длительный период. Голодание у взрослых обычно начинается с разгрузочных диет. После преодоления трудностей, связанных с необходимостью подавлять аппетит, он исчезает, повышается настроение, усиливается двигательная активность. Некоторым пациентам нравится это состояние, и они стремятся его продлить. Повторное голодание становится уже самоцелью. Достигнутая голоданием эйфория снижает критику к состоянию, происходит потеря контроля, и человек продолжает голодать даже тогда, когда это становится опасным для его здоровья.

Нервная анорексия (гр. *an* – нет, *orexis* – аппетит) названа так неточно, поскольку аппетит исчезает только на поздней стадии расстройства. Диагностическими критериями являются: дефицит веса больше 15 % от нормального; избегание пищевых продуктов, «вызывающих полноту»; постоянный сильный страх прибавки в весе и восприятие себя слишком полным человеком; аменорея у половозрелых женщин и снижение либидо и потенции у мужчин.

Вызывающим событием может стать фрустрация, связанная с несколько избыточным весом тела (обидные замечания сверстников, отказ в приеме в хореографическую группу и т. п.). *1-я стадия* – дисморфофобическая, начинается с появления сверхценных идей чрезмерной полноты и опасения насмешек по этому поводу. Понижается настроение, у больных возникают представления, что окружающие критически рассматривают их, обмениваются насмешливыми взглядами и репликами. Больные регулярно взвешиваются, избегают высококалорийной пищи. Аппетит сохраняется, а после периодов голодания даже повышается. Не в силах справиться с голодом, некоторые больные, особенно истероидные, едят по ночам. Характерно разрезание еды на мелкие куски и другие долгие манипуляции с ней. Эта стадия болезни длится в среднем 2–3 года.

2-я стадия – дисморфоманическая, проявляется в бредовой убежденности в «излишней полноте» своей фигуры или ее частей (особенно живота, ягодиц, верхней части бедер). Несмотря на прогрессирующее истощение, больные нервной анорексией кажутся яркими, веселыми, энергичными и неутомимыми. Кроме того, большинство не осознает угрожающий жизни характер их пищевого поведения.

При ***вомитофобическом*** (лат. *vomitus* – рвота) варианте нервной анорексии похудание не сопровождается выраженным страхом полноты или аменореей. В детстве родители перекармливали ребенка, у него часто бывали срыгивание и рвота; в последующем у них сохранялась повышенная рвотная готовность. Непосредственно перед заболеванием наблюдалось психотравмирующая ситуация, на которую больные реагировали длительным приступом неукротимой рвоты. Во время этого приступа больные испытывают отчаяние и страх смерти и госпитализируются в терапевтическое отделение.

После выписки из больницы отмечается снижение аппетита, тоскливо-тревожное настроение, возникает навязчивый страх повторения рвоты. Больному кажется, что окружающие по выражению его лица догадываются, что он может испачкать их рвотными массами. Больные отказываются от поездок в общественном транспорте, прекращают работать, так как в публичных местах у них возникают панические атаки. Они стараются не есть перед волнующими ситуациями, сокращают прием пищи, в результате чего худеют, быстро устают, плохо спят, становятся подавленными и раздражительными. В связи с ипохондрическими опасениями по поводу снижения массы тела больные постоянно ищут помощи у врачей, настойчиво обследуются (Марилов, 2004).

Амбулаторное лечение может помочь лишь высоко мотивированным подросткам с давностью заболевания до шести месяцев, имеющим родителей, готовым сотрудничать с терапевтом. Однако обычно больные и их родители некритичны к заболеванию, склонны к диссимуляции, не признают психологической и тем более – психосексуальной основы расстройства. Методом выбора является длительное (не менее девяти месяцев) стационарное лечение, целью которого является постепенное переключение внимания больного с физиологических моментов на его трудности в общении с другими больными, персоналом и родственниками.

Что делать. Поведенческую терапию направьте на нормализацию пищевого поведения, улучшение образа тела, изменение самооценки, изменение взаимоотношений с родителями. В процессе лечения последовательно решайте следующие задачи. Обсуждайте диету, страхи, межличностные проблемы, дайте указания по самоконтролю. Заключите терапевтический договор об улучшении самочувствия, сна, настроения и отношений с окружающими, а также об увеличении массы тела (по 500 г за неделю, до 50 кг) с помощью постельного режима и контроля персонала клиники за поступлением и

выведением пищи.

Проведите тренинг пищевого поведения в виде приема жидкой пищи 3–6 раз в день из расчета 2000–2500 калорий в сутки, при необходимости используйте зонд или внутривенное введение питательных растворов. Персонал должен присутствовать во время приема пищи и 2 часа после еды во избежание рвоты. Проведите тренинг психомоторики для коррекции нарушения схемы тела. Поощряйте адекватное пищевое поведение: при очередном повышении веса тела на 100 г отмените постельный режим, разрешите еду в столовой, просмотр интересных телепередач, свидания с родными, прогулки, выход из отделения и т. п. При отсутствии позитивных сдвигов восстановите постельный режим и изолируйте от других больных. Обсуждайте записи самонаблюдения индивидуально и в группе с выявлением неосознаваемых когнитивных искажений.

При выраженной тенденции к хроническому течению болезни проведите когнитивную терапию, фокусированную на дисфункциональных идеях, касающихся внешности, питания и веса. Научите пациента более четко воспринимать и регистрировать его мысли. Помогите ему осознавать соотношение между определенными дисфункциональными мыслями, неправильным поведением и эмоциями, анализировать свои убеждения и проверять их правильность, формировать реалистичные и адекватные интерпретации и постепенно видоизменять *неверные представления*:

- худые здоровее толстых, аскетизм обостряет ум;
- физическую слабость надо преодолевать закалкой;
- растительные слабительные не являются настоящими слабительными и т. п.

Одновременно корригируйте когнитивные основы заниженной самооценки, чувства неполноценности и дефицитарного восприятия себя. Например, если больная говорит: «Все считают, что худощавые люди привлекательнее и удачливее», спросите ее, действительно ли большинство считает худощавых людей более интересными? Идет ли при этом речь о прямой зависимости – чем меньше вес человека, тем он привлекательнее? Разделяют ли такие взгляды все люди или только те, кто некритично воспринимает тенденции моды? Употребляя слова «интересная», «желанная» или «удачливая», думает ли большинство людей одновременно о худощавом телосложении?

Проведите интенсивную динамическую терапию в диагностически однородной группе для осознания участниками

чувств и потребностей, в первую очередь – в независимости. Существует глубинная связь питания с чувством безопасности, удовольствия и ощущением себя любимым. Ребенок может отказываться от пищи из протеста против родительской фигуры. Затем негативные чувства смещаются на пищу, и нарушение питания может возникать во время любого конфликта между активностью и пассивностью. С появлением совести агрессивные оральные тенденции вызывают чувство вины и потребность в самонаказании, которым может стать отказ от пищи. Психогенная рвота может быть символическим очищением нечистой совести, отверганием неприемлемых сексуальных влечений и желаний беременности, проявлением тенденции к самонаказанию за поедание запретного плода, а также отреагированием подавленной враждебности. При истерии рвота символизирует отказ проглотить обиду, сочетающийся обычно с анестезией слизистой глотки.

Больные специфически реагируют на появление признаков полового созревания: они перемещают свои сексуальные страхи на свое тело в целом и фиксируются на его общих очертаниях и соответственно – массе тела, которая представляется избыточной.

У девушки, попавшей в провоцирующую ситуацию, возникает бессознательный страх полового акта как разрушительного проникновения, страх беременности, отождествляющейся с полнотой, детскими фантазиями об оральном зачатии и пожирании плодом изнутри. Появляется эдипов страх наказания за соперничество с матерью, страх расставания как необходимого условия освобождения от ее влияния, девушка переживает неспособность психологически отделить свою личность от материнской и в соответствии с мазохистской установкой избирает роль жертвы. Нервная анорексия у юношей обычно отражает конфликт между инфантильным, бесплодным «Я» и прогрессирующим половым развитием на фоне сильной привязанности к матери и женской идентификации. С развитием расстройства актуализируются проявления эдипова и кастрационного комплекса (эротическая направленность на мать и уход в болезнь как самонаказание за скрытую агрессию к отцу).

Психологическая защита использует двойное перемещение внутриличностного конфликта: во-первых, путем соматизации и, во-вторых, за счет регресса к оральной фазе развития. В результате достигается образ половой нейтральности, сексуальные проблемы отходят на второй план по сравнению с мономанической идеей уменьшения массы тела. Происходит нарциссический перевод либидо на собственное тело, ослабевают симбиотически – нарциссические отношения с матерью и эдиповы

чувства к отцу. Пища ассоциируется с отвергаемыми родителями и обесценивается, таким образом происходит канализация агрессии.

Идеализируется нарциссически самодостаточное тело, обходящееся без пищи и других плотских потребностей. Настойчиво отрицается самопроизвольная рвота и признаки пола, игнорируется их исчезновение и похудание тела, наконец, отрицается возможность смерти. Повышенная двигательная активность больных обусловлена не только чувством голода, но и иллюзией всемогущества и независимости от внешних ресурсов. Кроме того, физическое изнурение играет роль искупления вины и очищения, а также способствует борьбе с «избыточным» весом. Достигается повышенное внимание семьи (вторичная выгода) и отвергание матери как эмпатически отдаленной и неотпускающей.

Проводя семейную терапию, предпримите четкие энергичные шаги в борьбе с ригидностью семейной системы. Откажитесь от роли арбитра, опровергая тем самым тактику избегания конфликтов. Ослабьте сильные узы психологической зависимости, расширив индивидуальное пространство, разделяя связи между пациентом и остальной семьей, между родителями и детьми. Окажите сопротивление гиперпротекции и слишком большому вниманию к пациенту, приводя много примеров. При отказе родителей от семейной терапии проработайте взаимоотношения пациента с ними в психорисунках, семейных скульптурах, ролевых играх или в психодраме.

Гиперфагия (гр. *phagos* – пожирающий) – компульсивное переедание, когда неоднократно повторяются приступы «обжорства» при потере контроля над пищевым поведением. Эти приступы соответствуют по меньшей мере трем из следующих признаков:

а) принятие пищи более поспешное, чем обычно;

б) принятие пищи продолжается до тех пор, пока не появится неприятное чувство пресыщения;

в) поедание больших количеств пищи без чувства голода;

г) принятие пищи в одиночестве из-за чувства смущения или стыда;

д) после приступа «обжорства» пациенты испытывают отвращение к себе, угрызения совести, подавленность.

Ярко выражена тяжесть страдания из-за приступов «обжорства», наблюдается навязчивый страх ожирения. Значение питания доминирует в системе ценностей, день планируется с учетом того, где и что можно съесть. Часто работа больных

связана с питанием. Приступы случаются в среднем минимум два раза в неделю на протяжении шести месяцев. После таких эпизодов патологического переедания нерегулярно следуют компенсаторные меры по установлению контроля над массой тела. Для борьбы с ожирением больные соблюдают диету, периодически голодают, курят, принимают средства, понижающие аппетит, делают косметические операции, но в отличие от булимии не вызывают рвоту после еды.

Нервная булимия (греч. *bus* – бык, *limos* – голод) диагностируется при наличии двух и более эпизодов компульсивного переедания в неделю на протяжении трех месяцев, постоянной озабоченностью едой и непреодолимой тягой к пище, недовольстве собственной полнотой, болезненном страхе ожирения. Типичны попытки предотвратить прибавку в весе с помощью искусственной рвоты, клизм, слабительных, мочегонных, периодического голодания, препаратов щитовидной железы и средств, снижающих аппетит.

Для определения степени ожирения используйте индекс Брока: масса тела в килограммах равна росту в сантиметрах минус 100. Сегодняшние идеалы требуют отнять от полученной цифры 10 % – для мужчин и 5 % – для женщин. Начальную стадию ожирения определяют при увеличении массы тела на 15–20 % от нормального показателя с учетом роста и возраста. При увеличении массы тела на 30 % ожирение становится очевидным.

Приступ булимии начинается с чувства невыносимого напряжения. Человек чувствует раздражение, считает себя удаленным из реальной жизни и бессильным подавить в себе страстное желание есть «запрещенную» пищу. Объедаясь, человек понимает, что не может остановиться. Приступ заканчивается самопроизвольной рвотой, или резкими болями в животе, или сонливостью с последующим засыпанием, или прерывается из-за появления постороннего человека. Однако чаще, боясь ожирения и разоблачения, больные после приступа переедания вызывают рвоту искусственно.

Приступ временно разряжает напряжение, но затем приходят опасения быть пойманным за этим занятием и страх прибавления в весе, подавленность, острое недовольство собой и самообвинения. Стереотип переедание – рвота может приобрести характер навязчивости, при этом сам процесс жадной, неразборчивой еды доставляет чувственное удовольствие, а рвота становится непроизвольной, условно-рефлекторной.

Больных в преморбиде отличают повышенная тревожность, импульсивность, сниженная самооценка, экстравертированность, коммуникативные нарушения, тенденция к формированию

различных зависимостей. Непреодолимое влечение к пище может служить купированию невротических симптомов: тревоги, подавленности, напряженности. В рамках аддиктивного поведения пищевое удовольствие становится альтернативой скучной и регламентированной жизни, обильная и необычная еда вызывает «острые ощущения». Кроме того, переедание и избыточный вес являются вызовом родительскому и общественному мнению о правильном питании и идеальной фигуре, когда девушка пытается таким образом преодолеть инфантильную зависимость.

Булимия обычно развивается в связи с межличностным конфликтом в семейной, сексуальной или учебно-профессиональной сфере, вхождением в новый коллектив; нередко дезадаптация развивается во всех сферах жизни. Наиболее частые вызывающие события – смерть супруга, разлука с сексуальным партнером, уход из родительского дома, а также экзаменационная лихорадка или ситуация войны. На этом фоне возникают переживания покинутости, одиночества, пустоты и разочарования в других людях, скуки, печали и подавленности. Больные по детской привычке пытаются утешить себя процедурой еды и питья, однако переходят границы, набирают лишний вес и после этого пытаются контролировать его как при анорексии. Течение обычно многолетнее, хроническое, со спонтанными ремиссиями. Болезнь нередко умело скрывается даже от членов семьи. Этому способствует анозогнозия – больные отрицают факт своего повышенного аппетита и объективную тяжесть своего ожирения и полноты. В то же время сверхценное желание снизить вес при отсутствии контроля над своим пищевым поведением заставляет пациентов сравнительно легко соглашаться на лечение.

Лечение булимии проводится, как правило, амбулаторно; при выраженном нарушении обмена веществ и суицидных тенденциях назначают прозак (профлузак), амитриптилин и финлепсин. В первой беседе с пациентом, страдающим гиперфагией, присоединитесь к состоянию пациента с использованием техник индивидуального и семейного консультирования.

Что делать. Определите проблемное поведение: «Я бы хотел, чтобы вы подробнее об этом рассказали. Как вы понимаете эту проблему?» Оцените степень тяжести проблемы: «Насколько эта проблема затрудняет вашу жизнь? Как оценивают ее ваши близкие?»

Выясните течение заболевания, получите анамнестические и диагностические данные. Выявите сопутствующие психические расстройства, в первую очередь химические и эмоциональные

зависимости. Сравните субъективные выгоды и жертвы в связи с перееданием, взвесьте доводы «за» и «против». Оцените терапевтическую установку: обращение за помощью произошло под влиянием родителей, ситуации или собственного запроса.

Определите наличие компульсивного влечения: оно существует постоянно, подчиняет поведение пациента, реализуется вопреки борьбе мотивов. Выявите утрату контроля за временем и тратой денег. Как поощряется воздержание от еды, кто и какими способами поддерживает ограничения в еде. Выявите состояния и ситуации, которые избегались с помощью еды, и выделите наиболее комфортные состояния и ситуации.

Разработайте план конкретных действий без переедания. Выявите стрессоры, степени устойчивости к ним и способы совладания с ними. Определите дисфункциональные установки пациента в отношении еды. Рассмотрите последствия переедания. Поощрите принятие личной ответственности пациента за выздоровление. Обсудите дисфункциональные взаимоотношения с родителями, друзьями и подругами. Обсудите семейные проблемы: контроля за едой, алкоголизма и т. д. Выявите фиксации на различных этапах индивидуального развития. Локализуйте центральную тему межличностного конфликта.

Исследуйте аффективную сферу. Определите провоцирующие переедание эмоции: обиды, злости, отчаяния, душевной боли и т. д. Выявите социальные, личностные и биологические негативные реакции во время направления на лечение. Определите готовность пациента сотрудничать в терапевтической работе. Найдите наиболее важные проблемы, которые могли бы послужить ключом к терапии. Сформулируйте терапевтический запрос и заключите терапевтический контракт (Кулаков, 2010).

Опросник к нарушениям питания

- Бывают ли у вас такие состояния, как будто «дыра в желудке» появились или «вам перебили аппетит»?
- Бывает что-то противно «до тошноты» или вы «сыты по горло»?
- Есть ли у вас впечатление, что вы часто «едите себя» за что-то или «путь к сердцу ведет через желудок»?
- Собираете ли вы «забот полон рот» или считаете, что «все, что попало на стол, должно быть съедено»?
- Приходили ли вам на память еще какие-нибудь

пословицы или крылатые выражения, связанные с вашим состоянием?

- Что означает для вас тот факт, что каждый человек обладает своим собственным «равновесием», к которому он возвращается, несмотря на любые диеты?
- Что длительное соблюдение «диеты» может стать причиной избыточной массы тела в последующем, так как после диеты при обычном питании жировые клетки не только заполняются, но и начинают размножаться?
- Что проблемы с массой тела нельзя решить только диетами, не заботясь одновременно о других причинах?
- Какое место занимают в вашей жизни учеба, профессия, достижения?
- Обсуждаются ли в вашем кругу другие темы, помимо профессиональных проблем?
- Важно ли для вас, что подумают люди?
- Цените ли вы в профессиональной деятельности аккуратность, опрятность, достижения, послушание, бережливость, обязательность?
- Приходит ли признание только за добродетельное поведение и достижения? А конфликты складываются «под ковер»?
- Портится ли у вас аппетит, когда вы находитесь в кругу своей семьи?
- Положительно ли относится ваша семья к вкусной трапезе, нежности?
- Или речь идет об «аскетической» семье?
- Возникает ли во время еды «стихание» потребностей и «отодвигание» чувства неудовольствия, как это бывает у маленьких детей?
- Едите ли вы на людях то же, что другие, так как стесняетесь просить то, что вы больше любите?
- Важно ли для вас, как выглядит ваш партнер?
- Каким вы представляете себе партнера?
- Какими качествами он должен обладать, чтобы быть вам приятным?
- Что должен был бы делать партнер, чтобы вы похудели?
- Скрепляет ли совместная еда «душу и тело» для вас и вашего партнера?
- Знаете ли вы, как относятся к еде люди других культурных традиций?
- Интересует ли вас проблема голода в мире?

- Что вы можете сделать для этого?
- Можете ли вы при помощи части тех денег, которые вы тратите на еду, удовлетворить другие свои потребности или потребности других людей (например, образование, устройство жилья, путешествия, прием гостей, пожертвования)?
- Что бы вы стали делать, если бы вдруг нас всех постиг голод?
- Какие у вас духовные или культурные потребности?
- Можете ли вы представить себе интеграцию духовных и материальных потребностей в повседневной жизни?
- Задумываетесь ли вы о глобальном будущем человечества (война и мир, экологический кризис и т. п.)?

В семейной терапии детей и подростков учитывайте, что для робкого ребенка физический объем тела представляет безопасность и силу, защиту от внешнего мира и связанной с ним ответственности. В семье обычно доминирует мать, которая устанавливает с ребенком симбиотические отношения, задерживает его двигательное развитие и готовность ребенка к социальным контактам, фиксирует его в пассивно-рецептивной позиции. Она предлагает ребенку еду вместо удовлетворения его актуальных потребностей и хорошо относится к нему лишь тогда, когда он хорошо ест. В результате ребенок не чувствует себя хозяином собственного тела, не осознает своих эмоциональных потребностей, не знает, когда он голоден, а когда сыт, и не контролирует собственные потребности и импульсы.

Взрослым пациентам показана индивидуальная и групповая когнитивно-поведенческая терапия. Она должна быть направлена на нормализацию пищевых привычек, отношения к еде и представления об идеальной комплекции, а также на улучшение эмоционально-волевого самоконтроля. Рассмотрите связь особенностей пищевого поведения пациента с его текущими конфликтами и ситуационно обусловленными колебаниями настроения. Попросите больного вести дневник, в котором он будет ежедневно описывать свое пищевое поведение, фиксировать ощущения голода и сытости, чтобы контролировать чувства, являющие «включателями» приступа обжорства. Анализ этих записей помогает установить, какое настроение, какая ситуация вызывает потребность в еде. Выявите стимулы и ситуации, провоцирующие переедание (например, просмотр телепередач).

Больному следует ограничить в доме количество высококалорийных продуктов и доступ к ним, для «перекусов» иметь под рукой сырую морковь и сельдерей; есть только на кухне в отведенное время, используя лишь определенную изысканную посуду и столовые приборы. Необходимо избегать во время еды разговоров, чтения газет или просмотра телепередачи, полностью сосредоточиться на процессе еды и получении удовольствия от пищи. Попросите пациента считать во время еды каждый глоток и кусок. После каждого третьего куска нужно откладывать столовый прибор, пока этот кусок не будет пережеван и проглочен; эти паузы постепенно растягиваются. Установите таксу поощрений за определенные успехи, при этом накопленные очки суммируются и превращаются с помощью членов семьи в какие-то льготы: для детей – поход в кино, для женщин – освобождение от домашней работы и т. п.

Для предупреждения тревожных реакций на определенные ситуации моделируйте их, удерживая пациента от обычных компульсивных действий, убеждая в безопасности ситуаций и отсутствии необходимости в прежних реакциях на них. В это время помогите ему понять, что пища может быть безвредной и даже нужной, от нее не нужно избавляться.

Психодинамическую терапию фокусируйте на теме питания и представлений об идеальной комплекции. Акт поглощения еды уменьшает ситуационную тревогу и фрустрацию за счет смещения внимания на тело, вес которого легче контролировать, чем ситуацию и свое эмоциональное состояние. Определенная пища может иметь различное символическое значение. Молоко дает чувство защищенности, мясо – силу, икра – престиж, кофе и спиртное – чувство взрослости, сладости – награды. В рамках аддиктивного поведения обильная и необычная еда вызывает «острые ощущения» и отражает уход от реальности (бегство в пиршество, оргию). Для больного важно не только съесть продукт, но и испортить его и затем выбросить как обесцененный и побежденный. «Промыть желудок» и «очистить кишечник» после еды – это все равно что «умыть руки» для «очистки совести». При этом используется такая защита, как отмена.

Каждая оргия завершается переживанием вины и стыда, в результате снижается самооценка, которую пациент пытается повысить за счет достижений в других сферах. Не в силах вынести расщепления на внешнюю благополучную и скрываемую плохую самооценку, психика прибегает к спасительной анозогнозии, которую можно расценить как аддиктивную защиту отрицанием. Непременным условием приступа обжорства с рвотой является изоляция, как при мастурбации, суррогатом которой можно

считать булимическую оргию. Однако нарастающая изоляция и отказ от контактов приводят к заместительному удовлетворению на оральном уровне, таким образом возникает порочный круг.

Сам процесс еды при булимии призван заменить акт сосания груди, который уже стал неосуществимым. За маской любви к еде (груди, матери) в хищном рте и ненасытном желудке прячется жадность, зависть и ревность. Агрессивное поедание пищи демонстрирует всепоглощающий контроль, однако из-за невозможности остановиться обнаруживается зависимость. Последней попыткой восстановить контроль над проглоченной пищей становится рвота или испражнение, символизирующие выкидыш, отказ от беременности.

Переедание и избыточный вес могут быть вызовом родительскому и общественному мнению о правильном питании и идеальной фигуре, когда девушка пытается таким образом преодолеть инфантильную зависимость. Борьба за психологическую независимость своей личности от матери выражается в двойственном отношении к еде: а) в основе экзистенциальной мотивации лежит чувство внутренней пустоты и скуки, пища заполняет рот и живот, вызывая эйфорию, которая не может заменить наполненной внутренней жизни; б) символически реализуются фантазии о беременности и кастрационные желания (откусывание батона, колбасы). Увеличение количества пищи вызывает ощущения излишка, тяжести, неспособности переварить ее, чувство утраты самоконтроля, разочарования в данном способе компенсации. Каждая булимическая атака усиливает чувство неполноценности и потребность в самонаказании. Таким извращенным карающим наслаждением становится следующий приступ.

Тучные люди обвиняют в неудачах свою внешность. Ожирение служит «поясом целомудрия», демонстрируя отказ от сексуальной привлекательности и женской половой роли. Женщина может также использовать избыточный вес для протеста против общества, в котором доминируют мужчины, желающие видеть в женщинах стройных и пассивных сексуальных роботов. Массивность и солидность скрывает неуверенность мужчины (наравне с такими фаллическими символами, как галстук и борода). Вторичная выгода от ожирения состоит в расчете на то, что к лицам с избыточным вестом предъявляется меньше требований. Тучные мужья избегают домашней работы и секса, прячась в свою неприступную крепость – пропитанную жиром вялую мускулатуру.

Будьте готовы к тому, что в период лечения у больных усиливается чувство утраты («диетическая депрессия»), они

пытаются уйти от обсуждения своего пищевого поведения, переключая внимание на медицинские проблемы. В ходе терапии анализируйте механизмы неизбежных рецидивов. Терапию можно считаться завершенной лишь после отреагирования нарциссических обид и заполнения экзистенциального вакуума.

Психосоматические и соматопсихические расстройства

Психосоматические нарушения включают соматоформные расстройства и психосоматические болезни. Главной характеристикой указанных расстройств являются постоянные жалобы пациента на здоровье, продолжающиеся несмотря на отрицательные результаты многочисленных медицинских обследований и отсутствие какого-либо патологического процесса, объясняющего их возникновение.

Соматоформные расстройства – это психогенные нарушения функций организма. В эту группу входят бессонница, головные, мышечные и суставные боли, вегетососудистая дисфункция, расстройства дыхания и пищеварения, сексуальные дисфункции, нарушения менструального цикла. Сюда же относятся *конверсионные (псевдоневрологические) расстройства,* когда психологические симптомы превращаются в двигательные и чувствительные нарушения, не соответствующие ожидаемой локализации и имеющие символическое значение.

Симптомы связаны с волнением по времени их появления или усиления, а также по степени выраженности. Они быстро сменяют друг друга, блуждая по телу, меняя форму и интенсивность. Со временем функциональные нарушения перерастают в психосоматические болезни: бронхиальную астму, гипертоническую, коронарную и язвенную болезни, нейродермит, ревматоидный артрит, тиреотоксикоз. В эту группу включают также сахарный диабет взрослых (СД II) и аллергию.

Чтобы понять механизмы развития психосоматического расстройства у пациента, необходимо ответить по крайней мере на два вопроса: почему подобная жизненная ситуация вызвала у него такую реакцию и почему она затронула именно органы и системы – какое символическое значение для пациента они имеют? Ответы на эти вопросы следует искать в физиологии, эмоциональной сфере, особенностях личности, глубинных психологических (психодинамических) механизмах, объектных отношениях, семье и социальных взаимодействиях.

Определение смыслов и выгод болезни. Часто бывает, что болезнь возникает в случае какой-то одной вторичной выгоды (например, ухода от ответственности). Но возникнув и укоренившись, она сохраняется уже ради какого-то другого преимущества (например, удерживание внимания близких). Задайте пациенту следующие вопросы:

● Что для вас значит болезнь?

● Что означает для вас избавиться от болезни?

● Как болезнь помогает вам, какие выгоды и компенсации вы получаете от болезни?

● Чего избежать помогает вам болезнь?

● Каким образом болезнь предоставляет вам возможность получать больше внимания и любви?

● Какие чувства вам помогает выразить болезнь?

● Каким вы были до того, как появилась болезнь?

● Что происходило в вашей жизни, когда появилась болезнь?

● Как все изменилось после того, как появилась болезнь?

● Что произойдет, когда не будет болезни?

● Какой будет ваша жизнь через год (через 5, 10, 20 лет) после того, как болезнь исчезнет?

Преимущества, которые пациент оценит как наиболее вероятные причины возникновения и сохранения болезни (по отдельности), скорее всего, и окажутся теми самыми главными выгодами, с которыми надлежит разобраться в первую очередь. Предложите пациенту подумать, какие потребности лежат в основе преимуществ, которые предоставила ему болезнь: ослабление стресса, любовь и внимание, возможность высвободить свою энергию и т. д. Затем попытайтесь вместе с ним определить правила и убеждения (фиксированные идеи), которые мешают ему удовлетворить эти потребности, не прибегая к болезни.

Показания для проведения психотерапии. Пациент должен быть способен к осознанию конфликта. Ему небходимо осознавать, что психосоматические симптомы связаны с его жизнью и не представляют собой процессы, полностью отчужденные от него. Психосоматические симптомы, сопровождаемые страхом, более доступны психотерапии, чем ипохондрически переработанные жалобы. Психосоматический симптом должен быть не старше одного года. С увеличением длительности симптома развиваются процессы, затрудняющие психотерапию, такие как ятрогенные (вызванные врачами) фиксации или привыкание к вторичной выгоде от болезни. Пациент должен чувствовать в себе потребность выговориться специалисту и быть в состоянии сделать выводы из беседы. Недостаточно, когда он хочет, чтобы его расспрашивали и уговаривали, ожидая от вас чуда. Важной предпосылкой эффективности терапии является активное внутреннее сотрудничество пациента.

Беседу с психосоматическим пациентом начинайте с вопросов

общего содержания («Что привело вас ко мне?» и т. п.). Отдавайте предпочтение открытым вопросам перед закрытыми, на которые можно дать однозначный ответ. Избегайте употребления терминов, сленга, оценочных суждений. Стремитесь заменять монологи диалогом. Сохраняйте спокойствие и не позволяйте мешать себе. Контролируйте собственные эмоциональные порывы в ходе беседы. Осторожно подкрепляйте волю пациента к выздоровлению и его мотивацию, целенаправленно и экономно прибегайте к успокоению. Укрепляйте рабочий альянс и говорите о взаимной ответственности. Переспрашивайте, все ли понятно пациенту. Резюмируйте самые важные моменты разговора. Не поддавайтесь искушению односторонней ориентации на симптомы. Структурируйте беседу, но не сужайте ее и со всеми своими соображениями и возражениями настраивайтесь на ситуацию в целом.

Наиболее серьезные ***ошибки*** при ведении беседы с психосоматическим пациентом:

- недостаточное структурирование;
- слишком длинные реплики;
- слишком продолжительные паузы;
- сложная манера выражаться (употребление профессиональных терминов, стремление показать свою образованность);
- слишком личные реакции;
- готовность во всем соглашаться с пациентом;
- наводящие и риторические вопросы;
- грубое прерывание пациента;
- игнорирование его вопросов и чувств;
- поучения, ирония, принижение значимости пациента или третьих лиц.

Мне снился Фрейд. Что бы это значило?

Станислав Ежи Лец

Соматизированное, ипохондрическое и болевое расстройства

Соматизированное расстройство диагностируется при наличии следующих признаков.

1. В течение двух и более лет множественные и видоизменяющиеся соматические симптомы, которым не было найдено адекватного соматического объяснения.

2. Постоянная озабоченность симптомами, ведущая к неоднократным консультациям и обследованиям, постоянному самолечению и обращениям к представителям парамедицины.

3. Стойкое недоверие к врачам различных специальностей, которые пытались разубедить больного в существовании органической причины симптомов, упорный отказ следовать врачебным рекомендациям.

4. Не менее шести симптомов из двух различных групп:

а) желудочно-кишечные симптомы: боли в области живота, тошнота, чувство переполнения или вздутия живота, дурной привкус во рту, рвота или отрыжка пищей, частый жидкий стул или самопроизвольный выход жидкости из ануса;

б) сердечно-сосудистые симптомы: одышка без нагрузки, боли в грудной клетке;

в) мочеполовые симптомы: дизурия или учащенное мочеиспускание, неприятные ощущения в половых органах, необычные или обильные менструальные кровотечения, рвота при беременности, сексуальное безразличие или дисфункция;

г) кожные и болевые симптомы: появление пятен на коже или изменение ее цвета, неприятное онемение или покалывание, боли в суставах, конечностях или в спине, головные боли.

Расстройство возникает чаще у женщин с началом менструаций и проявляется самыми разнообразными вегетовисцеральными расстройствами, возникающими при фрустрации актуальных потребностей. В анамнезе обычны многочисленные госпитализации в соматические стационары и безрезультатные хирургические операции.

В личности преобладают истероидные и компульсивные черты. Больные отличаются эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью и тревожной депрессивностью. Свои жалобы они излагают весьма драматически, излишне детализированно и в то же время расплывчато, неточно и несогласованно по времени. Больные крайне чувствительны к вниманию

окружающих, склонны к манипулированию и не доверяют врачам. У них обычно неустойчивые супружеские отношения, нередки суицидные мысли, которые могут реализоваться на фоне употребления ПАВ.

Длительный поддерживающий контакт с врачом позволяет вдвое снизить число госпитализаций. Необходимо проявить серьезное отношение к симптомам и постепенно перемещать фокус внимания на межличностные конфликты в окружении больной. Показана релаксационная и поведенческая психотерапия.

Дисморфофобия проявляется глубокой озабоченностью мнимыми или незначительными недостатками своей внешности или запахами тела, якобы отталкивающими окружающих. Для постановки диагноза необходимо стойкое, сохраняющееся не менее 6 месяцев убеждение в наличии конкретного тяжелого соматического заболевания или стойкая озабоченность дисморфофобическим уродством, наличие критериев 2-го и 3-го соматизированного расстройства. Больные чаще всего переживают из-за своих морщин, пятен и волос на коже, величины носа, груди или пениса, ширины бедер, размера ступни. Некоторые делают пластические операции. Расстройство в основном встречается у подростков, девушек и юношей.

Опросник к кожным заболеваниям и аллергии

- Реагируете ли вы «раздраженно»?
- Бывает ли, что у вас «зудит» высказать свое мнение?
- Что вас «раздражает» в действии?
- Что заставляет вас «лезть из кожи вон»?
- Какие еще вы знаете пословицы и поговорки относительно вашего заболевания?
- Считаете ли вы свою кожу «зеркалом души»?
- Много ли значения вы и ваш партнер придаете вашей внешности?
- Большую ли роль играет для вас косметика?
- Хотите ли вы кого-нибудь «держать подальше от своего тела»?
- Добивается ли кто-нибудь таких отношений с вами, которых вы не желаете или не в состоянии допустить?
- Приятны ли вам ласки и физические контакты?
- Какое значение имеют для вас и вашего партнера социальные контакты (гости, друзья, родственники,

соседи, коллеги)?

- Что в этом отношении у вас общего с партнером и чем вы отличаетесь?
- Хотите ли вы иногда «вылезти из привычной кожи», однако вам не удавалось «избавиться от кожи»?
- Господствуют ли в ваших мыслях односторонние, негативные представления?
- Какие «правила жизни» (справедливость, опрятность, пунктуальность, бережливость, контакты и пр.) «выводят вас из себя»?
- Какое влияние оказывает ваше заболевание на вашу профессиональную деятельность?
- Какое влияние оказывает ваша работа или профессия на ваше заболевание?

Ипохондрическое расстройство характеризуется стойким убеждением в наличии одного или нескольких определенных тяжелых прогрессирующих заболеваний или дефекта внешности. Симптомы чаще касаются желудочно-кишечных органов, сердечно-сосудистой системы, кожи и слизистых; одна из самых частых предполагаемых пациентами болезней – рак. Расстройство встречается чаще у мужчин, пик заболевания приходится на 40–60 лет.

Больные жалуются на тяжесть и стеснение в груди, давление и пульсацию в различных частях тела, озноб, расстройства аппетита, «разорванный» сон во второй половине ночи с ранним пробуждением. Свои жалобы на здоровье больные излагают весьма драматически, излишне детализированно и в то же время расплывчато, неточно и несогласованно по времени.

Они сопровождают свои жалобы демонстрацией обширной медицинской документации, ссылаются на прочитанную в популярной литературе информацию. При этом они игнорируют занятость врача, ожидающих других больных, жалуются на предыдущих специалистов, близких, начальство и т. п. Их монолог отличается монотонностью, эмоциональной невыразительностью, однако при попытке прервать его или не согласиться с каким-то утверждением они проявляют бурное негодование. Они многократно пытаются убедить в этих диагнозах специалистов, занимаются самолечением. Такие люди становятся профессиональными медиками или, наоборот, с подчеркнутым пренебрежением относятся к медицине и к собственному здоровью.

Выделяют *сенестопатически-ипохондрический синдром,* развивающийся из сенестопатий – крайне тягостных необычных

ощущений: жжения, переливания, разбухания и т. п. Эти ощущения трудно поддаются описанию, изменчивы, не имеют определенной локализации и связи с конкретными органами. Иногда больные могут наносить себе ранения в те области тела, где неприятные ощущения особенно велики. На фоне пониженного настроения с идеями самообвинения могут развиться суицидные тенденции. В ряде случаев к сенестопатиям присоединяются сверхценные ипохондрические идеи, которые могут переходить в монотематический бред.

В отличие от больных соматизированным расстройством внимание больного в большей степени направлено на наличие предполагаемого прогрессирующего заболевания, а не на сами симптомы. Ипохондрический больной чаще настаивает не на ликвидации симптомов, а на обследовании, чтобы подтвердить наличие воображаемой болезни. Если больные соматизированным расстройством могут употреблять избыточное количество лекарств, то ипохондрические больные обычно опасаются лекарств и их побочных действий.

Ипохондрический синдром развивается обычно у тревожно-мнительных личностей, отличающихся эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью и тревожной депрессивностью. Больные крайне чувствительны к вниманию окружающих, склонны к манипулированию и не доверяют врачам. У них обычно неустойчивые супружеские отношения, нередки суицидные мысли, которые могут реализоваться на фоне употребления ПАВ.

Ипохондрический синдром вначале может проявляться в контрфобической форме – как «ипохондрия здоровья». Последняя наблюдается у стеничных людей, любующихся своим телом, получающих удовольствие от ежедневных физических упражнений. Психотравмы, соматические болезни и резкое прекращение физических нагрузок приводят у них к появлению повторяющихся «ипохондрических раптусов» – вегетативно-эмоциональных приступов с внезапным кратковременным выявлением черт тревожной мнительности, фобическими и дисфорическими проявлениями, сенестопатиями и вегетососудистыми кризами.

Психотерапия больных с ипохондрическим синдромом в большинстве случаев сводится к периодическим осмотрам врачом, убеждающим больного, что он не покинут и его переживания воспринимаются всерьез. Длительный поддерживающий контакт с одним врачом позволяет заметно снизить число госпитализаций. Однако подобные осмотры и беседы оказывают на больного лишь кратковременное

успокаивающее воздействие. Более эффективна групповая терапия, обеспечивающая эмоциональное взаимодействие и поддержку, а также сублимирование творческого воображения (Бурно, 2006).

В когнитивной терапии терапевтическими мишенями служат, например, следующие *ипохондрические установки*:

- Если я плохо себя чувствую, это очень дурной признак.
- Тошнота является признаком нераспознанной язвы желудка.
- Внезапно возникающие боли в суставах предвещают паралич.
- При малейшем недомогании следует как можно скорее обратиться к врачу.
- Я должен избегать чрезмерных усилий, беречь силы.
- Если я вспотел, я допустил опасную перегрузку.
- Я не могу переносить боль.

Рассмотрите с пациентом порочный круг: оценка себя как больного – повышение щадящего и избегающего поведения – ослабление физической выносливости – учащение неприятных ощущений при нагрузке и появление их в результате тревожного ожидания – подкрепление мысли о болезни. Осознание этого механизма может, в частности, облегчить решение о необходимости занятий физкультурой для постепенного улучшения физической формы и самочувствия.

В психоанализе больных ипохондрическими фобиями выявите символическое значение затронутых органов, которые могут ассоциироваться со страхом кастрации, беременности, объектами идентификации, магически поглощающихся через определенные отверстия тела. Для ипохондрика его тело становится значимым партнером. Тревожное внимание к своим соматическим функциям («забота вместо любви») является регрессивным возвращением в детство, когда мать заботилась о теле ребенка.

Ипохондричные больные обычно с детства обижены на тех, кто должен о них заботиться, и символически изливают свои обиды, жалуясь на свои симптомы. Отвергая предлагаемую медицинскую помощь как неэффективную, они неосознанно мстят за недостаточное принятие себя. Ипохондрические опасения имеют защитное значение, поскольку ограждают от столкновения с более серьезными угрозами и с самой смертью. Озабоченность происходящим в своем организме защищает больных от осознания своей малоценности, а телесные страдания становятся символическим искуплением иррациональной вины.

Фиксация на своем здоровье служит вытеснению интрапсихического конфликта, возникающего в межличностных ситуациях, в результате психическое расстройство оказывается единственным общественным аспектом жизни ипохондрика.

Сенестопатически-ипохондрический синдром может развиться у пациента в результате его идентификации с больным родственником под влиянием чувства вины за свое преимущество и инфантильного страха кастрации.

Проявляя серьезное отношение к симптомам, постепенно перемещайте фокус внимания на межличностные конфликты в окружении больного. Необходимы осознание этих конфликтов, изменение заостренных противоречивых эмоциональных отношений, разрядка напряжения с помощью релаксации. Затем терапевтическими мишенями становятся основы ипохондрии: отсутствие смысла, полноты жизни, невозможность оптимистических планов, надежды, желание убежать в более благоприятную среду, улучшить отношение к себе, сексуальная неудовлетворенность, нарушение отношения к телу и его функциям.

Хроническое соматоформное болевое расстройство проявляется сильными, длительными, частыми болями в определенной области тела без органических причин с ипохондрической фиксацией на ней и частыми обращениями к врачам, обычно с требованиями операции. Характерны ангедония, снижение либидо, нарушения сна и раздражительность. Типично, что боли реагируют не на анальгетики, а на нейтральные лекарства. В отличие от соматогенной боли психалгия не поддается непосредственному влиянию со стороны эмоциональной и когнитивной сферы, внимания и ситуаций. Психогенный болевой синдром менее полиморфен и позже начинается, чем у больных соматизированным расстройством, он редко наблюдается у мужчин. При ипохондрическом расстройстве боли флюктуирующие; конверсионные боли менее стойкие, чем соматоформные.

Выделяют несколько вариантов патологических ощущений:

- парестезии – ощущения онемения, покалывания, ползания мурашек и т. п., не обусловленные внешним раздражителем;
- психалгии, являющиеся следствием физиологического повышения болевого порога; это обычные боли без реальных оснований, нередко множественные;
- сенестоалгии, отличающиеся более причудливым и своеобразным характером – например, головные боли здесь жгучие, стреляющие, пронизывающие, колющие, распирающие;
- сенестопатии – тоже возникающие спонтанно и крайне

тягостные ощущения, не соответствующие по локализации конкретным анатомическим образованиям; характерны новизна и разнообразие ощущений; больные затрудняются точно описать их (как бы стягивание, жжение, перепиливание и т. п.).

Наиболее распространенными вариантами являются головная и зубная боль, боли в мышцах и суставах, радикулит, боли в области придатков у женщин. Приступы начинаются внезапно и тяжело, без какого-либо явного провоцирующего фактора; за нескольких недель боли нарастают настолько, что существенно ограничивают повседневную активность. Во время приступа головной боли пациенты часто возбуждены и могут даже биться головой в попытке облегчить боль. Боли в животе обычно сочетаются с вздутием, тошнотой и рвотой, связаны с конфликтами по поводу беременности и материнства. Для истероидных женщин типичны яркие, образные и отчетливо предметные ощущения: гвоздь в голове, игла в сердце, раскаленный шар в животе и т. п.

Опросник при болевом синдроме

- Какие ситуации связаны для вас с психологическим напряжением, особенно чрезмерным, с мобилизацией всех сил, опасениями из-за возможных ошибок или неуспеха, боязнью возможной критики со стороны окружающих, обременительной для вас необходимостью управлять действиями других?
- В каких ситуациях вам свойственно ожидать указаний от других или колебаться, сомневаться при выборе решений? Избегать риска, перестраховываться, искать удобной возможности переложить ответственность на чужие плечи?
- В каких ситуациях вы могли бы активно действовать, но не разрешаете себе это сделать, подавляете свои желания, вынуждены собственными руками сковывать свою инициативу? Как ваше тело стремится уходить от ответственности и на какие области тела «груз ответственности» давит больше всего? Обратите пристальное внимание на ощущения в области задней поверхности шеи, а также нижней части живота.
- Дайте своему вниманию поблуждать по различным частям тела, «пройдите» вниманием все тело. Какие части у себя вы чувствуете? Отметьте боли и зажимы,

которые вы обычно не замечаете.

● Какие мышечные напряжения вы чувствуете? Не старайтесь их расслабить, дайте им продолжиться. Постарайтесь определить их точное месторасположение. Обратите внимание на ощущение кожи.

● Чувствуете ли вы свое тело, связь головы с туловищем, свои руки и ноги? Полностью ли вы осознаете себя? Какие «белые пятна», «пустоты» отмечаете в своем теле?

Чтобы лучше понять значение обнаруженных болей и напряжений, вспомним расхожие выражения.

● Если у меня жесткая шея, не упрям ли я? Что причиняет мне боль в шее? Я высоко задираю голову – не высокомерен ли я?

● Я выдвигаю вперед подбородок – не хочу ли я лидировать?

● Мои брови выгибаются дугой – не надменен ли я? У меня нахмурены брови – я сержусь?

● У меня сжимается горло – не хочу ли я закричать?

● Мое горло стянуто – нет ли там чего-то, чего я не могу проглотить?

● Я чувствую тошноту – чего я не могу переварить?

● Мое тело дрожит – я испуган?

● Я чувствую себя разбухающим – не готов ли я разразиться гневом?

Опросник к головным болям и мигрени

● Вы когда-нибудь размышляли так, что «ломали голову» или «голова трещала»?

● Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно вашего заболевания? Что это за пословицы?

● Кто-то «не обратил на вас внимания» («перепрыгнул через вашу голову»)?

● Считаете ли вы, что к некоторым делам нужно «приложить голову»?

● Делали ли вы что-нибудь «сломя голову»?

● Характерно ли для вас «быть всегда в заботах»?

● Вас считают «светлой головой» или легкомысленным?

● Часто ли вы кажетесь «безголовым», теряя рациональный контроль над собой?

● Что вы понимаете под выражением «интеллектуальный пессимизм»?

● Думаете ли вы о своем будущем чаще пессимистично?

● Почему сужаются кровеносные сосуды в голове?

● Можете ли вы открыто выражать свои чувства?

● Является ли для вас общение с друзьями, знакомыми, гостями разгрузкой и расслаблением, или вы еще перед встречей начинаете волноваться: «Будут ли они довольны?.. У других было больше что предложить на стол!.. После придется снова все убирать!».

Для снятия головной боли, вызванной мышечным напряжением, следует потянуть голову вправо, затем влево, назад и вперед; поднять брови как можно выше, а затем зажмуриться; стиснуть зубы, а потом как можно шире открыть рот; потянуть плечи вверх и затем «бессильно» свесить руки. Чтобы снять головную боль, связанную с сосудистыми нарушениями, надо положить одну руку на верхнюю часть грудной клетки, а другую на пупок. Во время вдоха нижняя рука должна подниматься, а верхняя почти не двигаться. После спокойного вдоха сделать медленный долгий выдох и после короткой паузы возобновить диафрагмально-брюшное дыхание.

Психогенную головную боль можно быстро снять с помощью внушения в гипнозе. Эффективна техника прогрессивной десенсибилизации и суггестивные методы терапии. Показаны аутогенная тренировки и динамическая терапия, направленная на осознание и проработку чувства вины и повышение самооценки. С целью уменьшить вторичную выгоду от болевого поведения примените семейную терапию.

Опросник к болезням суставов

● Ощущаете ли вы себя «согнутым жизнью»?

● Считаете ли вы себя скорее «несгибаемым человеком» или думаете, что у вас «сломан хребет»?

● Какие еще вы знаете пословицы и поговорки относительно вашего заболевания?

● Есть ли у вас «пунктики» вроде аккуратности, чистоплотности, пунктуальности, трудолюбия, послушания, бережливости, обязательности и т. п., от

проявления которых вы сразу «размякаете» или «распрямляете спину»?

- Чувствуете ли вы себя «распятым» или стараетесь «не опускать головы» и не сгибаться»?
- Переживали ли вы в последние пять лет потерю близких в связи с разводом, переездом, смертью?
- Замыкаетесь ли вы в себе, порываете социальные контакты или сокращаете их?
- Какое влияние оказывает ваше заболевание на ваши перспективы и установки к собственному будущему?
- Надеетесь ли вы на ваше физическое восстановление?
- Довольны ли вы своей профессией?
- Какое значение имеют трудолюбие и работа в вашей жизни?
- Беспокоитесь ли вы о своем профессиональном будущем, о пенсии, увольнении, переквалификации?
- Что значит для вас жизнь, если вы не сможете работать?

Визуализация боли. Расслабьтесь и сосредоточьтесь на боли. Какого она цвета? Постарайтесь поточнее увидеть ее цвет, размер и форму. Это может быть ярко-красный шар, размером с теннисный мяч или яблоко. Мысленно удалите это шар из своего тела и поместите его на расстоянии метров трех от вас. Мысленно увеличьте этот шар до размеров баскетбольного мяча. Затем уменьшите его до размеров горошины. Теперь пусть он станет такого размера, как ему хочется. Обычно он возвращается к тому размеру, с которого началась визуализация. Начните изменять цвет шара. Сделайте его сперва желтым, затем бледно-зеленым. Теперь возьмите зеленый шар и поместите его обратно, в первоначальное место. Обратите внимание, не удалось ли вам уменьшить боль. Откройте глаза и перейдите к следующему упражнению.

Упражнения для разрядки мышечного напряжения и фрустрации *(Кермани, 2002)*

«Стон»

Сядьте на краешек стула, положив на колени руки и закрыв глаза. Слегка покачивайтесь вперед и назад, издавая звуки, выражающие печаль или отчаяние, пока не наступит облегчение. Если возникнет потребность плакать – перейдите к следующему упражнению.

«Плач»

Вообразите себя на сцене услышавшей скорбную весть, порыдайте от всей души, стараясь включить все мышцы лица, шеи, плеч, предплечий и груди.

«Высвобождение двигательной активности»

Встаньте и закройте глаза, мысленно исследуйте свое тело от пяток до головы, зафиксировав особенно напряженные участки. Откройте глаза, осторожно подвигайте и потрясите всем телом, особенно в местах наибольшего напряжения, пока оно не расслабится. Проверьте тело еще раз и при необходимости повторите упражнение.

«Истерика»

Ложитесь на спину и колотите руками и ногами по постели, издавая любые звуки, которые просятся наружу. Делайте упражнение до тех пор, пока не захочется спокойно полежать и отдохнуть.

«Разрядка гнева и агрессии»

Составьте список мест, ситуаций и людей (включая себя самого), которые вызывали или вызывают ваш гнев. Выберите объект агрессии, сядьте на стул с наклоном вперед, положите на колени подушку, а на нее – руки ладонями вверх, закройте глаза. Похлопывайте по подушке руками, и когда это станет полуавтоматическим действием, начните издавать рычащий или

утробный звук. Позвольте звукам становиться все громче, а похлопыванию все тверже, пока не выплеснется вся накопившаяся ярость. Можно представлять подушку объектом гнева, притоптывать ногами, выкрикивать бранные слова и проклятия.

Психогенные расстройства дыхания и кровообращения

Невротический дыхательный синдром проявляется в виде дыхания вздохами или дыхательного корсета. *О дыхании вздохами* говорят, когда оно часто прерывается углубленными вздохами и удлиненным шумным выдохом. Такое дыхание обнаруживает состояние мрачно-раздражительной разбитости после бесплодных усилий и разочарования. Одышка возникает или усиливается в ситуациях, требующих от больного самоутверждающего поведения, которое тормозится чувством бессилия или страхом потери лидера, гарантирующего безопасность, но лишающего власти. *Дыхательный корсет* характеризуется невозможностью продохнуть в полной мере. Он часто наблюдается у пациентов с навязчивостями и служит проявлением препятствия поведенческому выражению эмоций («затаить дыхание»).

Больные отличаются тревожно-депрессивными и ипохондрическими чертами со склонностью к фобическим реакциям. Они чрезвычайно нормативны, безотказны и безропотны, обычно находятся в зависимых отношениях с доминирующим партнером, воспроизводя свой детский опыт. Поощряйте больного к тому, чтобы он вербализовал свой протест или пытался каким-нибудь образом изменить невыгодную для него ситуацию. Применяйте дыхательные упражнения, телесно ориентированные техники и аутотренинг.

Эффективны следующие *формулы самовнушения*: «Все спокойнее, все глубже становится сон. Как будто засыпаю на свежем воздухе, в уютном красивом месте. На душе спокойно и легко, уютно и тепло. Дышу чистым, свежим, прохладным воздухом. Когда я наслаждаюсь этим воздухом, на душе становится совсем тихо и легко. В груди тепло и спокойно. Приятно прохладный воздух входит и выходит во время дыхания. Вдох успокаивает. Выдох спокойный. Легко и свободно струится воздух. Приятный и освежающий. Дышится совершенно спокойно. Спокойно и непрерывно. Так приятно струится воздух. Совсем свободно. Свободно и легко. Дыхание спокойное, ровное. Выдох долгий, непрерывный. На душе спокойно и легко. Волнения перестают мешать дыханию и речи. При волнении легко остановиться, успокоить дыхание, дать расслабиться голосовым связкам. Это происходит само собой, совсем легко. При любых обстоятельствах дыхание спокойное, ровное, глубокое. В груди и горле легко и свободно. При любом разговоре дышится спокойно

и легко».

Напряжение вокруг голосовых связок и горла ослабляется с помощью следующих упражнений (Кермани, 2002).

«Крик». Набрать полную грудь воздуху, прикрыть лицо подушкой и закричать изо всех сил. Повторить крик несколько раз до ощущения опустошения.

«Высвобождение шума». Издавать любые странные или детские звуки, которые просятся наружу, особенно те, которые запрещались в детстве.

«Мычание». Расслабиться и мычать нравящуюся мелодию, любые естественные звуки, при этом прикладывать руки к разным частям тела, чтобы ощутить, как они вибрируют во время мычания.

Лежащие в основе неразрешенные конфликты прорабатывайте аналитическими методами. Как правило, родители подвергали ребенка эмоционально фрустрирующему нормативному воспитанию. Бунтовать было опасно и «неправильно». На уровне магического мышления дыхание символизирует душу и жизнь. Дыхание – единственная вегетативная функция, доступная произвольному регулированию. Дышать одним воздухом с другим человеком – значит объединяться с ним при вдыхании этой невидимой субстанции и разъединяться при ее выдыхании. Вбирание запахов может быть связано с анальным эротизмом, а также с представлением о вдыхании души умершего человека и идентификации с ним.

Синдром гипервентиляции включает триаду: а) усиленное учащенное дыхание; б) парестезии; в) мышечные судороги. Наблюдаются также беспокойство, страх, тревога, затрудненное дыхание, кома в горле, сердцебиение, ощущение остановки сердца, неритмичность работы сердца, экстрасистолы, лабильность пульса и повышение АД. Синдром гипервентиляции проявляется в форме приступов и в хронической форме. Больные составляют от четверти до половины пациентов пульмонологических отделений. У них не выявляется выраженного нарушения бронхиальной проходимости, отсутствуют ночные приступы удушья.

Психогенный кашель является одним из проявлений синдрома гипервентиляции, он встречается чаще у детей и подростков. Кашель обычно громкий, сухой, лающий; длительный, с демонстративностью, преходящими соматосенсорными расстройствами, резистентный к традиционному лечению. Он продолжается годами.

Кашель-«закатывание» проявляется нарушением дыхания на вдохе. Он наблюдается у детей, которые подвергаются

произвольной смене потакания и суровости со стороны родителей, не дающих им истинной любви.

В анамнезе выявляется игнорирование собственных потребностей, избегание противостояния и подавление агрессивных тенденций («Ребенок должен слушаться!»). Нервный кашель аналогичен тику, представляя собой замещение и эквивалент смущения или враждебности. Он может быть проявлением идентификации с кашляющим человеком или выражать инфантильные инстинктивные конфликты через воспоминание об органическом кашле в детстве.

Приступы кашля возникают как следствие неудовлетворенности в любви или связанной с ней неуверенности. Блокированный вдох символизирует защиту от удушливой домашней атмосферы. Кашель разряжает внутреннее напряжение, выполняет функцию громкого, но невербального и потому не такого опасного протеста. Он является также средством обратить на себя внимание, помешать, разозлить. Отхаркиваемый экссудат, как и моча или кал при энурезе и энкопрезе, символизирует оскорбление («Мне на тебя начхать!»).

Опросник к кашлю

- Можете ли вы «выпустить пар» при гневе или «кому-нибудь что-нибудь насвистеть»?
- Можете ли вы вспомнить еще какие-либо пословицы и поговорки относительно вашего заболевания? Какие?
- Характеризуются ли ваши отношения с окружающими «плохой атмосферой», «спертым» или «напряженным» воздухом, что затрудняет ваше дыхание»?
- Являются ли определенные люди «отдушиной» для вас?
- Можете ли вы вывести кого-либо «на чистую воду»?
- Хотели бы вы, чтобы коллеги, сотрудники, подчиненные «нуждались в вас, как в воздухе»?
- Должны ли вы иногда делать что-нибудь, что вам не нравится, но вы вынуждены «не открывать рта»?
- Бывает ли, что вы хотите кого-то «откашлять»?
- Можете ли вы открыть себе «доступ к воздуху», открыто высказывая свое мнение?
- Есть ли у вас потребность в «свежем воздухе», в свободе и возможности развития способностей?

● Можете ли вы сказать о своей работе, что чувствуете себя ограничиваемым, задавленным, перегруженным?

● Какие особенности поведения и характера сотрудников и шефа действуют вам на нервы?

● Как вы реагируете? Можете ли вы открыто говорить об этом? Или вы «задерживаете дыхание»?

● Сдерживаете ли вы себя, потому что для вас важно, «что подумают люди»?

● Знаете ли вы или можете вспомнить такие желания, может быть детские мечты, которые вы никогда не могли воплотить в жизнь?

● Что препятствует их реализации?

● Что бы вы стали делать и как бы стали жить, если бы у вас не стало проблем?

Опросник к простудным заболеваниям

● Есть ли кто-нибудь, кого вы «на дух не переносите»?

● Может, у вас «полон нос» от кого-нибудь или чего-нибудь?

● Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно вашего заболевания? Что это за пословицы?

● Считаете ли вы целесообразным самоустраняться в напряженных ситуациях, так как у вас «нос полон» от этого?

● Хотели бы вы лучше «залезть с головой под одеяло», чтобы ничего не видеть и не слышать?

● Прячетесь ли вы при разочарованиях обратно в свой «улиточный домик» (вместо того, чтобы сказать «разочарование лучше, чем очарованность!»)?

● Чувствуете ли вы себя на работе «издерганным»? Чем? Какими «мелочами»?

● Хотели бы вы получить «заслуженный» отдых, однако не решаетесь выразить это словами?

● «Безмолвствуете» ли вы или не «подлежите контакту», когда у вас простуда?

● От чего это защищает вас? Кого или чего (сознательно или нет) можете вы таким образом избежать?

● Избегаете ли вы контактов, при которых вам приходится кому-нибудь что-то «выкашлянуть»?

● Соблюдается ли при вашем заболевании вокруг вас некоторая «дистанция», которую вы иначе не можете организовать?

● Получаете ли вы благодаря вашему заболеванию то внимание, которого в других случаях не имеете в такой форме? От кого? Как?

● Вы пассивный или активный курильщик?

● Регулярно ли вы занимаетесь спортом?

● Какие планы у вас на ближайшие 5 дней? 5 недель? 5 месяцев?

Дыхательный эксперимент. Закройте глаза и сделайте 4–5 глубоких, но без усилия вдохов и выдохов. Можете ли вы почувствовать поток воздуха в горле? в носоглотке? в голове? При выдохе ртом дайте воздуху спокойно выходить и подставьте руку, чтобы почувствовать поток. Не держите ли вы грудь расширенной даже тогда, когда в нее не входит воздух? Втягиваете ли вы живот во время вдоха? Можете ли вы прочувствовать мягкий вдох до подложечной ямки и тазовой области? Чувствуете ли вы движение ребер вширь по бокам и на спине? Понаблюдайте за напряжением в горле, на челюсти, на смыкания в носоглотке. Обратите особое внимание на напряжение в диафрагме. Сосредоточьтесь на этих напряжениях и зажимах и следите за их развитием. Подумайте сейчас о чем-нибудь важном. Обратите внимание, как вы стараетесь сдержать дыхание, вместо того чтобы дышать глубже, как этого требует мобилизация сил. Что вы удерживаете, сдерживая дыхание? Крик? Попытку убежать? Желание ударить? Рвоту? Выпускание газов? Плач?

Кардиофобический синдром диагностируется почти у всех больных общемедицинской практики, обращающихся с жалобами на сердце. Вызывающей ситуацией служит чередование зависимости и резкой фрустрации. Обычно это острый конфликт, разлука, покинутость и разочарование, а также переживание смерти близкого, особенно от болезни сердца. Часто встречается псевдоревматическая форма кардиофобии, развивающаяся обычно на фоне хронического тонзиллита и наличия тяжелого ревмокардита у кого-нибудь из близких родственников.

Пациент при физической нагрузке жалуется на боли в сердце, сердцебиение, одышку, перебои в области сердца, периодические боли в суставах. Он добивается обследования, которое выявляет лишь легкое повышение температуры или минимальные изменения ЭКГ. Тем не менее по настоянию пациента ему проводят курс противоревматического лечения, за которым следуют консультации специалистов, высказывающих различные

мнения. В результате у человека формируется убеждение в серьезности его «сердечного» заболевания.

Другим вариантом кардиофобии является псевдоинфарктный, он развивается обычно у информированных в области медицины людей на фоне психотравмирующей ситуации. Расстройство часто манифестирует панической атакой или тревожно-истерической реакцией с выраженной кардиалгией. Приступ сопровождается выраженными вегетативными реакциями: диффузным покраснением лица, появлением красных пятен на шее и груди, учащением дыхания, выраженной тахикардией (до 120 ударов в минуту, несмотря на ощущение больным редких ударов), преходящей гипертонией, резкой потливостью. Больные мечутся, стонут, настойчиво и шумно требуют немедленной медицинской помощи. Приступ может продолжаться от нескольких минут до нескольких суток.

После приступа больной опасается его повторения, контролирует свой пульс и АД. У него появляются эпизодические нарушения дыхания, головные боли, парестезии, потливость, ощущения комка в горле, учащенное мочеиспускание и т. п. Нарушается сон из-за страха умереть от сердечного приступа во сне. Пациент боится спать на левом боку, постоянно считает у себя пульс, панически реагирует на малейшие неприятные ощущения в левой половине грудной клетки или даже всей верхней части туловища. Острые тревожно-истерические реакции с кардиофобическим синдромом длятся в среднем 1–2 месяца и могут полностью пройти после разрешения травмирующей ситуации.

Кардиофобия в рамках панического расстройства нередко осложняется невротическим ипохондрическим развитием личности. Обычно присоединяются фобия инфаркта, клаустрофобия или агорафобия, связанные с опасениями оказаться без «спасителя». Больные не отпускают от себя родных, выходят на улицу лишь с провожатым, не ездят по железной дороге, не пользуются метро, не летают на самолете. Они избегают эмоциональных и физических нагрузок, переохлаждения или перегревания, секса, систематически принимают сердечные препараты и транквилизаторы, которые постоянно носят с собой. Многие из них выписывают и внимательно изучают медицинскую и популярную литературу, часто обращаются к врачам с просьбой назначить самое современное обследование или лечение, о котором им стало известно.

Больные перекладывают всю домашнюю работу на близких, нередко разводятся со ставшим в тягость супругом, перестают ходить в театр и кино, читать серьезную литературу, избегают

любого умственного напряжения и особенно разговоров о болезнях и смерти. Со временем они теряют интерес к работе, а иногда и работоспособность. Часто ипохондрические опасения распространяются на желудочно-кишечный тракт, и тогда больные неукоснительно соблюдают строгий распорядок дня и определенную диету: без жира – чтобы не допустить повышения уровня холестерина, и без клетчатки – во избежание вздутия живота и давления на сердце.

У большинства больных выявляется депрессивная невротическая структура личности с колебаниями между фантазиями привязанности и расставания. Они не скрывают своих страхов, но в остальном сдержаны и скрытны; педантично соблюдают правила поведения. Из-за изнеженности и тревожной опеки матери в детстве, наряду с деспотичностью отца, пациенты испытывают симбиотическую потребность в близости, уходе и к роли больного. При опасности ослабления симбиотической связи заболевают или их болезненное состояние усиливается. С детства у них отмечается выраженный страх одиночества, боязнь вида крови, упорная рвота при волнении и т. п. Они постоянно беспокоятся о своем благополучии и при любом недомогании – своем или близких – впадают в панику. Больные стремятся подчинить близких людей и навязывают семье удобный для себя образ жизни.

Опросник к заболеваниям сердца и кардиофобии

- У вас доброе сердце?
- Вы чистосердечны?
- Приходят ли вам на память еще какие-нибудь пословицы или крылатые выражения, связанные с вашим заболеванием?
- Занимаетесь ли вы спортом?
- Чрезмерно ли вы бережете свое тело?
- Часто ли вы контролируете свою сердечную деятельность?
- Ваши мысли сконцентрированы на вашем теле?
- Часто ли у вас бывают столкновения на работе?
- Влияет ли это на ваш сердечный ритм или на ваш страх?
- Чувствуете ли вы себя перегруженным?
- Говорите ли вы со своим партнером о здоровье и страхе?
- Есть ли другие темы для разговоров? Какие?
- Есть ли проблемы в ваших партнерских

отношениях? Они сводятся к таким вещам, как наличие времени, терпение, доверие, надежда, нежность, сексуальность?

- Выражал ли ваш партнер желание расстаться?
- Поддерживаете ли вы общение помимо семьи?
- Побуждает ли вас новое и неизвестное к решению проблем?
- Или ваши представления о будущем чаще полны страхов?
- Ваше воображение чаще занято мыслями о прошлом?

В психоанализе конфликт больного кардиофобией рассматривается как предвосхищение им ситуации разлуки, которую он, с одной стороны, желает, а с другой стороны, опасается. Пациент обращается со своим сердцем как с симбиотическим партнером: с постоянным вниманием, покорным уважением, ожиданием наказания и готовностью раскаяться по первому требованию. В основе кардиофобии лежит нарушение интернализации преэдипальной матери, которая вызывает чрезмерный страх уничтожения из-за опасности расставания. Неотреагированные переживания враждебности и страха приводят к симпатикотонии[122], которая проявляется, в частности, в форме сердечных приступов и которую поддерживает тревожное ожидание новых приступов.

Внушаемым больным с кардиофобией хорошо помогают сеансы гипноза и аутотренинга. Эффективны следующие формулы внушения (при аутотренинге – от первого лица).

«Вы загораете на мягком теплом песке. Голова в тени. Солнце светит слева. Греет вашу грудь. Как будто мягкий теплый котенок пригрелся слева под мышкой, ласково мурлычет там. Ласковое тепло разливается по сердцу. Сердце купается в тепле. Ему тепло и уютно, приятно и удобно. Сердце спокойное, мягкое, теплое. Работает незаметно, спокойно. В груди тепло и спокойно. Перестаете замечать свое сердце, оно работает автоматически, без вашего тревожного контроля. Так спокойнее и ему, и вам. Вы вполне полагаетесь на свое сердце, и оно легко, незаметно справляется с привычной нагрузкой. При любом волнении в груди тепло и спокойно, сердце работает мощно и ровно.

Сейчас сосуды, питающие мышцу сердца, свободно расширены, питание сердца максимальное. Сердце отдыхает, успокаивается. Слова лечения надежно защищают его от волнений и забот, от любых неприятных ощущений. Волнения престают мешать работе сердца. Реакция спокойная и уверенная.

Мелочи, пустяки, которые раньше принимали близко к сердцу, теперь легко оставлять без внимания. При любых обстоятельствах сердце работает незаметно».

Сосудистые соматоформные расстройства часто обобщенно обозначают как *вегетососудистая дистония (ВСД), нейроциркуляторная дистония (НЦД)*. Симпатический отдел вегетативной нервной системы повышает давление крови (при этом выделяется адреналин), парасимпатический отдел с блуждающим нервом вагусом понижает давление (при этом выделяется инсулин). У симпатотоников при сдерживании гнева могут развиваться симпатоадреналовые кризы, у ваготоников при необходимости скрыть свой испуг возможны вагоинсулярные кризы. В ряде случаев симпатоадреналовый криз может переходить в вагоинсулярный.

Во время *симпатоадреналового криза* человек бледнеет из-за спазма периферических сосудов, дрожит, возбужденно двигается, у него расширяются зрачки, повышается АД и температура, сжимаются кулаки, холодеют кисти и стопы, появляются скудный липкий холодный пот, учащенное сердцебиение, боли в сердце, одышка, головная боль, чувство страха; приступ заканчивается учащенным мочеиспусканием. У молодых астеников в подобных случаях ошибочно диагностируется юношеская гипертония. Выше описаны паническая атака и ипохондрический раптус[123], которые могут сопровождаться повышением АД. При *вагоинсулярном кризе* человек краснеет от прилива крови в расширенные сосуды, у него появляется обильный горячий пот, ноги становятся «ватными» из-за резкой слабости, сердце бьется реже, «замирает», «проваливается» («душа уходит в пятки»), возникает чувство удушья, головокружение, тошнота, возможны обильное мочеиспускание, рвота и понос.

Гипотонический синдром диагностируется, когда АД постоянно ниже 100/60 мм рт. ст. Наблюдаются потемнение в глазах при вставании или длительном пребывании в положении стоя, головокружение, тошнота, шум в ушах, зевота, сердцебиение и сосудистые обмороки – кратковременная потеря сознания из-за острого нарушения кровоснабжения мозга. Обморок возникает лишь в положении стоя, часто в переполненных помещениях, особенно культовых («церковные обмороки»), при виде крови (у студентов на операции или в морге), при ожидании боли (лечение зубов, инъекция, взятие крови на анализ).

Психологический механизм реакции включает тревожное ожидание пугающего события, чувство парализующего страха и безысходности и необходимость скрыть свой страх. Вначале

происходит физиологическая подготовка к бегству: возрастает приток крови к мышцам, уменьшается кровоснабжение кожи лица, которая бледнеет и покрывается крупными каплями холодного пота. Отмечаются зевота, вздохи, ощущение пустоты в груди, тошнота. Далее из-за психического торможения двигательной сферы наступает «внутреннее кровоизлияние» в скелетную мускулатуру, в результате чего падает АД, пульс становится мягким и малым, дыхание – поверхностным, зрачки расширены и плохо реагируют на свет. Человек падает без травм, и в горизонтальном положении кровообращение мозга через 5–10 минут восстанавливается. Во многих случаях развивается страх потерять сознание, особенно в общественных местах, страх езды в транспорте. Необоснованные обследования ревматолога и кардиолога могут приводить к развитию стойкой ипохондрии.

Больные просыпаются утром с тяжелой головой, так как АД во время сна понижается. Во второй половине дня у больных появляются сильные продолжительные давящие боли в лобной, теменной, височной области головы. У многих больных отмечаются колющие боли в области сердца, одышка при умеренной физической нагрузке и ощущение нехватки воздуха в покое, зябкость и периодическое возникновение парестезий. Их беспокоят также тяжесть под ложечкой и горечь во рту, изжога и тошнота, вздутия и неустойчивость стула со склонностью к запорам, отечность стоп и голеней к вечеру.

У мужчин наблюдается слабость потенции, у женщин нарушен менструальный цикл. Отмечаются слезливость, раздражительность, иногда с бурными агрессивными разрядами, затрудненное засыпание, бессонница, утренняя слабость, сонливость днем. Внимание неустойчиво, нарушено запоминание. Резкое головокружение с тошнотой и помрачением сознания по утрам, когда звонок будильника «выбрасывает» больного из постели, наряду с другими проявлениями болезни, вызывает у больных выраженную тревогу. Они подолгу обследуются у различных специалистов и все больше убеждаются в неизлечимости своего заболевания, остающегося непонятным для врачей, опасаются близости надвигающейся смерти.

Расстройство чаще встречается у женщин 30–40 лет со стойким снижением жизненного тонуса, повышенной утомляемостью при физической и умственной нагрузках, особенно при жаркой погоде или в душном помещении. У них выявляется хроническая сосудистая недостаточность, слабое развитие скелетной мускулатуры и дряблость брюшного пресса. Кожные покровы бледные и холодные, с потливостью и легким синюшным оттенком ладоней и стоп. Отмечается тремор век и

пальцев вытянутых рук, выраженные суточные колебания температуры с падением ее по утрам ниже 36 градусов либо стойкий субфебрилитет[124]. В большинстве случаев они занимаются умственным трудом в условиях вредного производства. У половины больных выявляются семейные конфликты, часто скрытые.

Больные гипотонией обычно воспитываются по типу гиперопеки, вырастают неуверенными в себе, зависимыми, боязливыми, ранимыми, возбудимыми. Они отличаются узким кругом интересов, пессимизмом, тревожной мнительностью и ипохондричностью. Наряду с этим, они общительны, доверчивы, обязательны, упрямы и вспыльчивы.

Такой пациент постоянно чувствует себя перегруженным, неспособным справиться с предъявляемыми требованиями. В конфликтных ситуациях склонен отступать, предпочитая пассивность и мечтательность. Таким образом, на внешнее давление человек реагирует понижением кровяного давления, экономя силы и защищаясь бессилием против силы (наподобие мнимой смерти у животных).

Опросник к гипотонии и гипертонии

- Хотите ли вы, чтобы все было сделано идеально?
- «Закрывали ли вы когда-нибудь глаза» на мелкие неточности?
- Чувствуете ли вы иногда «давление на себя», бываете ли «под высоким напряжением»?
- Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно вашего заболевания? Что это за пословицы?
- Считаете ли вы себя постоянно обязанным быть «при деле»?
- Испытываете ли вы длительно чье-либо давление?
- Какие «мелочи жизни» заставляют вас «вскипать»?
- Заставляет ли вас ваше честолюбие все делать идеально?
- Можете ли вы перепоручить дело другому?
- Считаете ли вы контакты с людьми утомительными и похищающими драгоценное время или требующими расходов?
- Стараетесь ли вы подавлять агрессивные порывы?
- На почве каких «микротравм» возникают эти агрессивные чувства?

- Используете ли вы для снятия напряжения физическую нагрузку?
- Случаются ли в ваших партнерских отношениях такие «мелочи», которые «заставляют вас лезть на стенку»? Какие?
- Как вы и ваш партнер преодолеваете такие ситуации?
- Переживали ли вы в последние пять лет утрату в связи с разводом? переездом? смертью?

Что делать. В начале обморока можно успеть усадить человека и предложить ему опустить голову между коленями. Обморок купируют кордиамином, кофеином, дают понюхать раствор аммиака. Больные обычно используют следующие механизмы психической защиты. Регрессия – переход на детский уровень реагирования. Реактивное образование – замена социально неприемлемого переживания прямо противоположным поведением (например, демонстрацией страстной любви вместо испытываемой ненависти). Интеллектуализация – замена тревожного содержания переживания абстрактно-логическим, бесплодное мудрствование.

Предложите пациенту сделать аудиозапись приведенных ниже формул самовнушения. Когда он будет мысленно повторять их в перерывах между фразами, пусть напирает на звук «р», это бодрит. Зрительные образы надо окрашивать в красный и оранжевый цвета, это тоже возбуждает. Чтобы легче почувствовать в конце толчок, скопившийся импульс управляемой энергии, лучше сесть у открытой форточки.

Формулы самовнушения: «Лоб овевает свежий ветерок. Лоб становится приятно прохладным. Голова свежéе, проясняется. Она хорошо отдохнула, успокоилась. Освободилась от всего мешающего. Голова свободная и легкая. Чистая, ясная, как хрусталь. Свежая, как вода в роднике. Мысли спокойные и уверенные. Я спокоен/спокойна. Я уверен/уверена. Я легко владею собой. Своими мыслями, желаниями и поступками. Большой запас сил и уверенности во мне. Я добьюсь своего. У меня много сил и терпения. На душе большой запас выдержки и самообладания. Тело наливается спокойной силой, энергией. Оживает каждая мышца, каждая клеточка тела. У меня большой запас бодрости и оптимизма. Плечи и спину обдает легкий озноб. Будто освежающий душ. Все мышцы становятся упругими. Стою рано утром на высокой скале над морем. Волны бьются под ногами. Ветер усиливается, рвет одежду. Чувствую прилив сил и энергии. По телу пробегают мурашки. Как будто крылья

вырастают за спиной. Я как большая сильная птица, готовая взлететь. Как сжатая пружина. Все готово к прыжку. Все замерло в последнем напряжении. Внимание… Толчок – встать!»

Нарушения пищеварения и выделения

Дисфагия (греч. *dys* – плохо, *phagein* – есть, глотать) возникает впервые после психотравмы во время еды («кусок в горло не лезет»). Нередко дисфагия начинается с поперхивания при оживленном разговоре за столом в гостях или в ресторане, испытанного страха подавиться, задохнуться и публичного конфуза. Спазм возникает чаще в нижнем отделе пищевода, может сопровождаться ощущением давления, жжения, боли за грудиной или между лопатками. Пищевой ком некоторое время остается без движения, а затем либо с усилием проталкивается в желудок, либо выводится посредством обратной перистальтики пищевода. В тот момент, когда накопившаяся пища не может попасть в желудок, больные испытывают страх подавиться и таким образом погибнуть от удушья. Напряжение мышц пищевода происходит в результате парасимпатической реакции, которая проявляется в наступлении мышечной вялости, урежении пульса, понижении давления и усилению перистальтики кишечника. Симпатическое влияние проявляется в торможении слюноотделения и соответственно – в сухости, «шершавости» во рту и горле, ощущении комка в горле.

Пациент (обычно это истероидная женщина 20–30 лет) испытывает затем страх при попытке глотания пищи, вначале твердой, а затем и жидкой, который приводит к фиксации на акте глотания и нарушает его. В результате страх глотания и неприятные ощущения появляются при одной мысли о еде или при наблюдении за едой других людей.

Больные избегают общепита, не ходят в гости. Часто они, независимо от приема пищи, ощущают в горле комок или застрявший шарик, кусочек пищи, ощущение, «как будто кто-то сдавливает горло», «как бы стенка в пищеводе». Из-за этих ощущений больные постоянно поперхиваются или стараются с усилием сглотнуть. Они едят в одиночестве, жуют очень медленно и маленькими порциями, запивают каждый кусочек, тщательно подготавливаясь к акту глотания. Часто такие больные теряют в весе, при этом признаются врачу, что раньше мечтали об этом, но никак не могли.

Преморбидно для больных характерен пассивно-оборонительный стиль жизни и тенденция к самообвинениям. В процессе заболевания у них возникает ипохондрический эгоцентризм, нарастает раздражительность, конфликтность, формируется психосоматическое развитие личности. Ипохондрический вариант характеризуется канцерофобией

(навязчивым страхом рака) и упорным обследованием в надежде на уточнение диагноза; больные при этом обычно жалуются на врачей, которые не находят у них соматического заболевания. При фобическом варианте выражен страх глотания и наличия рака, однако сохраняющаяся критика удерживает их от посещения онкологов; на высоте переживаний они обращаются к психотерапевтам. У этих больных нередко отмечаются и другие фобии: одиночества, высоты и т. д., многие из них пытаются лечиться самостоятельно народными средствами.

При паранойяльном варианте имеет место канцеромания (навязчивая убежденность в наличии у себя рака): больные убеждены, что страдают раком пищевода или желудка, пытаются доказать это врачам, подключают к своим попыткам родных и знакомых, ссылаются на медицинскую литературу, требуют наказания «неграмотных» врачей. В отличие от ипохондрического варианта, эти больные больше озабочены не излечением, а доказательством своей правоты. Не добившись «правды», они обращаются к представителям парамедицины[125], которые подтверждают наличие рака и уверяют в своих возможностях вылечить его магическим образом, чему больные охотно верят.

Опросник к нарушениям глотания

- Бывает ли, что у вас «комок стоит в горле»?
- Подходит ли выражение «застрять в горле» к тем ситуациям, когда вам приходится обсуждать с подчиненными, коллегами, сотрудниками неприятные вещи?
- «Проглатываете» ли вы конфликты, чтобы избежать сложностей? Каких?
- Можете ли вы открыто выражать свои чувства, или вы иногда как будто «язык проглотили»?
- Вы скорее «проглотите горькую пилюлю», чем открыто поговорите со своим партнером (семьей, родителями, детьми)?
- Бываете ли вы «сыты по горло» или «переполнены через край», когда общаетесь с определенными людьми (какими?) или думаете о них?
- Бывает ли у вас ощущение, что вы «бедняга» вроде «бедного прихлебателя», которого могут попрекнуть куском хлеба?
- Игнорируете ли вы свои потребности?
- Ради кого или чего вы это делаете??
- Испытываете ли вы отвращение к некоторым

блюдам?

Что делать. При застревании кусочка пищи в горле необходимо отклонить голову назад и делать вдох через нос, а выдох сопровождать резким отхаркиванием. Используйте когнитивно-поведенческую и образовательную психотерапию. Объясните больному, что при глотании пищи или слюны вход в гортань закрывается надгортанником. Если в этот момент диафрагма совершит дыхательное движение, воздух будет засасываться в желудок. Так происходит, когда человек много и возбужденно говорит во время еды или когда в результате волнения слюна становится липкой и густой, для ее глотания требуются повторные глотательные движения, а диафрагма из-за волнения совершает активные дыхательные движения. Ознакомьте больного с идеомоторными[126] механизмами и объясните их роль в психогенном нарушении моторики, обучите навыкам расслабления и дыхательной гимнастике.

Для выявления психического отягощения и его переработки используйте аналитические методы. Ком в горле, наблюдающийся обычно у истеричных женщин, может означать смещение вверх запретных сексуальных желаний, идею зачатия, кастрирующую зависть к пенису, присвоение его и идентификацию с мужчиной. Симптомы могут символизировать неосознанную борьбу между желанием и страхом сексуального проникновения, а также между желанием кастрации партнера и отверганием этого желания.

В основе психосоматического конфликта «брать – отказываться» лежит борьба между чувством зависимости от «кормилицы», желание ее смерти и чувство вины. При депрессии в основе лежит подавление орально-агрессивных импульсов с бессознательным отвержением «плохой груди».

Синдром раздраженного желудка, гастрит выражается в ощущении переполнения, боли и жжения под ложечкой, отрыжкой, тошнотой и рвотой, потерей аппетита, непереносимости жиров, алкоголя, кофеина. Эти симптомы больше зависят не от приема пищи, а от волнения. Характерен дурной привкус во рту или необычно обложенный язык. Из-за нарушения перистальтики пища долго задерживается в желудке, а поступившая в 12-перстную кишку забрасывается обратно в желудок. Длительное воздействие соляной кислоты, а также поступающей из 12-перстной кишки желчи, и особенно фермента пепсина, разлагающего животные белки, вызывает раздражение слизистой желудка.

Гастралгия среди психогенных нарушений пищеварения встречается наиболее часто. Типичным является ощущение

тяжести, распирания в эпигастрии[127], ощущение переполнения желудка, жжение и боли. В отличие от гастрита эти ощущения возникают не во время прима пищи, а при волнении, они не такие стойкие, неопределенные и полиморфные. Провоцирующим событием часто становится серьезное заболевание желудка у родственников, посещение их в больнице и уход за ними на фоне дистимии, связанной с хронической конфликтной ситуацией в семье или на работе. Течение болезни хроническое. Со временем может развиться гастрит и пептическая язва. Нередко присоединяется канцерофобия, переходящая в канцероманию и ипохондрическое развитие личности с чрезмерной раздражительностью и конфликтностью в поведении с родственниками и медиками.

Болезнь чаще обнаруживается у замужних женщин, работающих посменно и приезжающих на работу из пригородов. Для них характерно недостаточное пережевывание пищи, поспешность в еде, неумеренность и неразумный выбор пищи. У многих из них обнаруживается пониженная кислотность желудка в сочетании с переутомлением и депрессией, в основе которой лежит тенденция к поиску помощи, вытесненная из-за потребности в независимости. Обычно это впечатлительные, обидчивые, внушаемые личности, склонные к подражанию и ипохондрическим реакциям. При психологическом исследовании у них выявляется высокий уровень враждебности с аутоагрессивной направленностью.

У больных обычно с первых дней жизни отмечаются проявления детской невропатии. Такие дети плохо сосут грудь и, как правило, подвергаются насильственному кормлению и перекармливанию. Перекармливание ребенка часто является попыткой матери компенсировать свою неспособность к эмоциональному контакту или избавиться таким путем от чувства вины. Ребенок выражает свой отказ от пассивно-рецептивной роли активным выплевыванием, срыгиванием, рвотой. В психоанализе спазмы пищевода и боли в желудке рассматриваются как хронические безуспешные усилия что-либо переварить, усвоить.

Эффективны занятия *аутогенной тренировкой* с акцентом на упражнении «Живот»:

«Загораю на солнце. Солнечные лучи ласкают кожу живота. Кожа становится розовой. Живот мягкий, теплый, раскрасневшийся, расслабленный. Мысленно делаю глоток приятно горячей густой вкусной жидкости. Приятное густое тепло опускается по пищеводу в желудок. За грудиной и под ложечкой разливается глубокое внутреннее тепло. Как будто рефлектор

включился внутри и разогревает внутренности. Солнечное сплетение излучает тепло. Желудок мягкий, теплый, расслабленный. Сосуды желудка расширены. Желудок получает дополнительную порцию горячей здоровой крови. Улучшается питание слизистой желудка. Нормализуется выработка желудочного сока. Движения мышц желудка становятся спокойными, незаметными, безболезненными. Пища в желудке хорошо перерабатывается и без задержки переходит в кишечник. Желудок работает спокойно и натощак, и во время еды, и после еды. Любая привычная пища переваривается спокойно, незаметно и легко».

Опросник к заболеваниям желудка

- Ощущаете ли вы тяжесть в желудке, тяготит ли вас что-нибудь в нем?
- Случается ли так, что вы чего-то «не перевариваете»?
- Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно своего заболевания? Что это за пословицы?
- «Наживаете ли вы себе язву» из-за ваших коллег, подчиненных? По какому поводу?
- «Съедает» ли вас разочарование в вашей профессии, например пренебрежение к вам или несправедливое игнорирование?
- Считаете ли вы атмосферу у себя на работе «отвратительной», «тошнотворной», но не решаетесь при этом что-то сказать?
- Бывает ли так, что вы не можете «переварить» то, что сделал вам партнер или кто-то еще из близких?
- Является ли ваша трапеза также возможностью общения, беседы, или «вы все проглатываете в одиночестве»?
- Можете ли вы открыто выражать свои чувства, или вы «перевариваете» их в себе, «проглатываете» их?
- Уделяете ли вы достаточно времени еде и питью, или на это «не стоит тратить времени»?
- Смотрите ли вы в будущее с сомнением и тревогой?

Синдром раздраженной кишки (СРК) диагностируется, если

в течение трех и более месяцев непрерывно или периодически наблюдаются

1. Боли или ощущение дискомфорта в области живота, которые

а) облегчаются после дефекации и/или

б) связаны с частотой стула и/или

в) связаны с консистенцией стула.

2. Дополнительно два или более из следующих симптомов, сохраняющихся на протяжении 1/4 указанного срока:

а) изменение частоты стула (более трех позывов в день или менее трех в неделю);

б) изменение консистенции стула (твердый или жидкий);

в) ускорение или ощущение неполного освобождения толстой кишки;

г) выделение слизи;

д) чувство распирания или расширения кишечника.

Типичны ***запоры*** – изолированные или в сочетании с редкими поносами. Позывы на дефекацию замещаются ощущением тяжести, переполнения, неполного опорожнения кишечника. Вне связи с позывами на дефекацию отмечаются боли в животе – постоянные, ноющие, изнуряющие, утром они утяжеляются. Наряду с этим наблюдаются нарушения сна, значительное похудание, снижение аппетита, сухость и ощущение неприятного привкуса или горечи во рту.

Запоры могут быть одним из симптомов депрессии; часто они сочетаются с мизофобией, и тогда пациенты сознательно подавляют нормальный позыв на стул, брезгуя пользоваться общественными туалетами, особенно в транспорте. У лежачего больного в стационаре, вынужденного пользоваться судном, добавляется и чувства стыда перед женским персоналом. Позыв на стул может неосознанно подавляться также из-за геморроя и анальных трещин, в том числе перенесенных в прошлом.

Предрасполагают к запорам сидячая работа и малоподвижный образ жизни, привычка ограничивать себя в жидкости, недостаточное потребление свежих овощей и фруктов. Больные злоупотребляют слабительными исходя из ложного представления о вялости кишечника и предполагая недостаточное его опорожнение. В результате неадекватного самолечения и неконтролируемого приема больших количеств антибактериальных препаратов у многих больных нормальная кишечная флора замещается дрожжеподобными грибками, что сопровождается метеоризмом и навязчивым страхом непроизвольного отхождения газов и кала.

При тревожно-фобических расстройствах наблюдаются *кишечные кризы*[128]. Они проявляются в метеоризме, громком урчании, спонтанных спастических, стягивающих, режущих болях в области живота или ощущениях жжения в кишечнике, воспринимаемых как резкие и интенсивные позывы на испускание газов или дефекацию, нередко с невозможностью освободить кишечник. Криз заканчивается многократным жидким стулом с последующим ощущением неполноты опорожнения кишечника, чувством распирания, бурления в толстом кишечнике, повышенным газообразованием. Состояние может напоминать картину острого живота и квалифицируется как алекситимическая паническая атака[129], для которой характерно отсутствие признаков витального страха (страха близкой смерти) и малая выраженность нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Кризы чаще развиваются в метро и наземном транспорте, реже – на улице. Присоединяется тревожное ожидание приступа в неподходящем месте. Больной боится оказаться вдали от туалета, испытывает страх опозориться, опасается заворота кишок и мучительной смерти. Пациенты перестают пользоваться общественным транспортом, перед выходом на улицу совершают ритуальное посещение туалета, стремясь полностью опорожнить кишечник, при выборе маршрута учитывают расположение общественных туалетов. Это ограничивает социальную активность больного и может помешать ему устроить свою личную жизнь.

При истеро-ипохондрическом расстройстве отмечаются сенестопатии: в животе перекатывается огненный шар, сердце прокалывает игла, голову стягивает тесный обруч, в нее вбит гвоздь. Больные жалуются на головокружения, неустойчивость и шаткость походки, обморочные состояния, онемение рук и ног по типу перчаток и носков. Изредка наблюдаются нарушения стула с преобладанием поносов. Возможны нестойкие ипохондрические фобии с чрезмерной драматизацией собственного страдания. Развитие расстройства всегда сопряжено с психогенными воздействиями, после разрешения ситуации оно полностью исчезает за 2–3 месяца.

У пациентов с ипохондрическим развитием формируются сверхценные идеи предотвращения приступов или ликвидации недуга. Несмотря на вполне удовлетворительное состояние, больные избегают различных нагрузок, устанавливают особый распорядок дня, регулярно принимают определенный препарат, соблюдают все более строгую диету, нарушение которой вызывает кишечный криз. Боли приобретают четкую и стойкую

локализацию, неизменный характер (режущие, давящие или тянущие). Больные с тревогой ожидают их, и, хотя боли возникают лишь при волнении, пациенты нередко связывают их с нераспознанным онкологическим заболеванием. Они упорно обследуются, причем отрицательные результаты лишь усиливают их тревогу. Они подозревают, что врачи скрывают от них диагноз, ищут помощи у представителей парамедицины, занимаются самолечением, изучают медицинскую литературу.

У больных СРК выявляется наличие невропатии в детстве с эпизодическими реакциями со стороны желудочно-кишечного тракта на пике эмоционального напряжения (например, перед экзаменами). Личностный преморбид больных включает стремление к власти, гиперсоциальность, пуризм, страх потери, тревожность, подозрительность и алекситимию. Пациенты умело скрывают присущую им неуверенность и зависимость за маской сдержанности, упорядоченности и компетентности. У них имеется беспомощная зависимость от сильных людей с оральными агрессивными желаниями, в которых пациенты отказывают себе. Им остается лишь заслуживать милость своего покровителя. Больным свойственен пассивно-оборонительный стиль поведения с тенденцией к самообвинению в условиях фрустрации.

В течение длительного периода времени перед заболеванием больные переживают хроническую травмирующую ситуацию: для женщин это – неблагоприятные внутрисемейные отношения, для мужчин – сексуальная несостоятельность или конфликт с начальством. В этой ситуации развивается дистимия с ухудшением настроения, ограничением социальных контактов, снижением аппетита и нарушением сна. На этом фоне дополнительная психотравма реактивирует симптоматику детской невропатии с болями в области толстого кишечника, поносами и запорами. К данным симптомам быстро присоединяются тошнота, рвота и гастралгия.

Больные обычно попадают по поводу этих жалоб в инфекционные отделения с подозрением на дизентерию. После отвергания этого диагноза пациенты многократно обследуются, у них развивается ипохондрический синдром, появляются панические атаки, усиливается депрессия. Они жалуются на головокружение, головные боли по типу мигрени, сердцебиение и боли в области сердца, онемение конечностей, повышенную потливость, кожный зуд. У них повышается артериальное давление, отмечается нейродермит и псориаз, у мужчин снижается потенция, у женщин нарушается менструальный цикл.

При хроническом течении у больных формируется

канцерофобия и танатофобия (навязчивый страх смерти), появляется несвойственная им раньше требовательность, повышенная раздражительность, конфликтность. Обострение болей и поносы возникают в ответ на незначительные интеллектуальные и физические нагрузки, нарастает неврозоподобный астенический дефект. В связи с падением активности и работоспособности больные переходят на менее оплачиваемую работу вплоть до оформления инвалидности.

Формирование психопатоподобного дефекта со странностями и чудаковатым поведением сопряжено с нелепыми и вычурными диетическими схемами и другими средствами самолечения (сильное, до образования кровоподтеков, надавливание или удар кулаком в области проекции боли, многочасовое пребывание в ванне с прохладной водой и т. п.).

Что делать. При преобладании запоров порекомендуйте занятия физкультурой, обильное питье, потребление слив, яблок, моркови и свеклы, растительные слабительные. Когнитивную терапию сфокусируйте на следующих установках: «Я не могу ни от кого ничего ожидать, и поэтому мне не стоит никому ничего давать; я должен удержать то, что у меня есть». Используйте гипнотерапию и аутогенную тренировку. Эффективны следующие *формулы самовнушения.*

«Глубокое густое тепло разливается по всему кишечнику, по всему животу. Согревается низ живота. Нижняя часть живота теплая. Переваренная пища проходит по всему кишечнику свободно, без задержек, без неприятных ощущений. За ночь кишечник хорошо подготавливается к стулу. Наутро регулярный стул, свободный и безболезненный. Кишечник опорожняется легко и без усилий. Я обхожусь без слабительных для опорожнения кишечника. Мой кишечник опорожняется автоматически. При любом волнении в животе тепло и покой».

При проведении психодинамической терапии учтите следующие моменты. Больные спастическими запорами проявляют черты «анального характера», описанного Фрейдом: упрямство, любовь к порядку и бережливость; в крайней форме – нетерпимость, педантизм и скупость. Отмечаются также пессимизм, пораженчество, недоверие, ощущение себя нелюбимым. Спазмы толстого кишечника, приводящие к запорам, обычно связаны с фрустрациями, прежде всего сексуальными. Удержание кала и акт дефекации ассоциируется с чувством независимости и самоконтроля. Задержка кала означает власть над материнской фигурой или месть ей за фрустрации.

При хронических запорах выявляются следующие психодинамические механизмы: телесный радикал протестной

реакции; попытка удержать, чтобы выстоять; отступление в страхе; страх и защита от чрезмерной отдачи; ассоциации дефекации с «грязными» побуждениями, воспринимаемыми с чувством вины или как опасные и поэтому отвергаемыми. У людей, которых воспитывали в пуританском духе, слишком рано и очень строго приучали к навыкам опрятности, сдержанности и самоконтроля, дефекация ассоциируется с грязью и распущенностью. Частота запоров у женщин может быть обусловлена анатомической близостью ануса и влагалища, в результате чего женщина больше следит за моральной и физической чистотой и эстетикой.

Поносы связаны с тревожным ожиданием неприятности и чувством беспомощности (например, экзаменационная лихорадка, сопровождаемая «медвежьей болезнью»). Понос нередко выражает сопротивление желанию забеременеть и фантазиям поглощения объекта анусом. Чередование запоров и поносов отражает кастрационную тревогу, смещенную к анальной сфере. Завершите терапию анализом межличностных отношений и их коррекцией.

Опросник к запорам

- Бывает ли у вас иногда ощущение, что вы «не можете дойти до туалета», «не можете ни взад ни вперед», попадаете в тупик, останавливаетесь на пороге, идя в туалет?
- Можете ли вы вспомнить еще какие-нибудь пословицы и поговорки относительно вашего заболевания? Что это за пословицы?
- Имеете ли вы привычку опорожнять кишечник только в строго определенные часы, а в других случаях сдерживаться?
- Курите ли вы после туалета?
- Вы очень следите за чистотой и гигиеной?
- Претит ли вам посещать чужой туалет?
- Часто ли у вас нет времени, чтобы сходить в туалет?
- Подавляете ли вы в таких случаях свою потребность?
- Открыто ли вы выражаете свое мнение у себя на работе или скрываете, утаиваете свои мысли?
- Воздерживаетесь ли вы от замечаний, которые охотно сделали бы? По какой причине?
- Имеете ли вы тенденцию «сдерживаться», вместо

того чтобы «израсходоваться»?

- Склонны ли вы ставить потребности других людей выше, чем ваши собственные, сдерживаться?
- Часто ли вы находите причину поворчать, быть недовольным?
- Часто ли вы приглашаете гостей? Щедры ли вы при этом?
- Щедры ли вы в финансовом отношении или «считаете каждую копейку», даже если в этом нет необходимости?
- Ценятся ли в вашей семье строгие, жесткие, «железные» правила? В отношении чего? Кто особенно следит за их выполнением?
- Считаете ли вы себя пессимистом, разочаровавшимся, недооцененным человеком?

Задержка мочеиспускания и мочевое заикание (прерывистая струя) отмечаются в присутствии посторонних у мужчин, обычно в общественных туалетах. Расстройство начинается в детстве, связано с особенностями воспитания и психастенической структурой личности. Обычно у мужчин этим расстройством отмечаются проблемы в конкуренции с мужчинами (известно, что маленькие мальчики соревнуются, кто дальше пописает). Терапия направлена на устранение общеневротических симптомов и депрессии, нормализацию рефлекторной деятельности мочевого пузыря и коррекцию нарушенных отношений личности. Применяют транквилизаторы, антидепрессанты, гипнотерапию, аутотренинг, функциональные тренировки, образовательную терапию. При проведении аутотренинга используйте следующие формулы самовнушения.

«Мне не нужно ходить в туалет так часто. Я буду ходить в туалет только тогда, когда будет полным мочевой пузырь. Мой мочевой пузырь освобождается, когда он полный. Мой мочевой пузырь тяжелый и теплый. Мой мочевой пузырь расслаблен. Моча льется легко и свободно. У меня хорошая струя».

В сложных случаях может понадобиться динамическая психотерапия.

Соматопсихические расстройства

Тяжелая черепно-мозговая травма с нарушениями памяти и интеллекта. На первом этапе, при наличии спутанности больного, выясните у родственников круг его интересов. Когда удается вступить с больным в контакт, отметьте темы, которые он чаще и эмоциональнее затрагивает в разговоре, не соскальзывая на другие темы или ложные воспоминания не имевших место событий.

На втором этапе, в период выраженных нарушений памяти, используйте в беседе с больным его интерес к возвращению домой и на работу, спрашивая, что он собирается делать непосредственно после выписки, через 2–3 месяца после нее. Конфабуляции[130] больного не корригируйте, чтобы он не боялся ошибиться и не начал избегать тренировок памяти. Как можно дольше удерживайте нить разговора на эмоционально значимой теме. Родственникам дайте рекомендации утром вместе с больным составлять план на текущий день, не поправлять его при ложных воспоминаниях и не напоминать о забытых фактах, 3–5 раз в день проводить с ним целенаправленные беседы, по возможности удерживая внимание больного на значимой теме.

На третьем этапе блокируйте соскальзывания и ложные воспоминания указанием на их неверность и неадекватность. Учитывая возросший энергетический ресурс пациента, сами переводите разговор с одной значимой темы на другую; одновременно расширяйте круг подобных тем. Нереальные планы больного на ближайшее и отдаленное будущее заменяйте на реальные. Осознание своего дефекта и угроза изменения социального статуса нередко вызывают у больного астенодепрессивные реакции, что требует перехода к восстановительному обучению с учетом данных нейропсихологического исследования, а также проведения семейной терапии (Максаков, Ураков, 2002).

Эпилепсия. Во время припадка не пытайтесь ограничивать судорожные движения больного, достаточно переместить его на безопасное место. Освободите шею больного от шарфа, галстука или тугого воротничка. Под голову подложите что-нибудь мягкое или возьмите ее в руки. Следите, чтобы в дыхательные пути не попали инородные тела. Не пытайтесь разжать зубы или вставить между ними ложку. Однако когда судороги уменьшатся, осторожно поверните голову больного так, чтобы облегчить ему дыхание, и вытрите пену с его рта. Не оставляйте больного одного после припадка. Если припадок протекал тяжелее

обычного, немедленно свяжитесь с лечащим врачом больного.

Больным запрещается вождение транспортных средств, работа около движущихся механизмов, на высоте, у огня и воды. Ограничьте потребление воды (и в связи с этим острой и соленой пищи), назначьте молочно-растительная диету с исключением алкоголя, кофе и крепкого чая. Порекомендуйте больному мыться не в ванне, а под душем, не закрывая дверь в ванную. При купании больного ребенка уровень воды не должен превышать 20 см.

У больных эпилепсией наблюдается *энехетический тип личности* (греч. *enecho* – цепляться, прилипать). Для него характерны навязчивость, педантичная мелочность, детализированная речь, чередование слащавой услужливости и грубости, крайний эгоизм и неискренний религиозный фанатизм, вспыльчивость и злопамятность, сутяжничество, мстительность и необычная жестокость.

В контакт с пациентом лучше вступать, когда он относительно расслаблен, поэтому выбирайте подходящий момент. Будьте расслабленным, но не развязным, не избегайте контакта глаз, чтобы не вызвать у пациента подозрение и ответное напряжение. Выказывайте знаки уважения: пожмите крепко руку, отметьте, как у него все аккуратно, почтительно выслушивайте и вникайте в детали. Признавайте прямо или косвенно достоинства пациента и ни в коем случае не идите на конфронтацию с ним. Будьте осторожным в шутках, особенно двусмысленных – выбирайте для этого посторонние, никак не связанные с его личностью темы. Давайте только конкретные обещания и всегда выполняйте их.

Добейтесь отношения больного к своему расстройству как к неудобству, к которому можно приспособиться. Расскажите ему, что эпилепсия не помешала реализоваться таким людям, как Цезарь, Магомет, Петр Первый, Наполеон, Достоевский, Блок. Помогите больному с пользой реализовать свою авторитарность, научите его на первых порах хотя бы притворяться благодарным людям за их помощь, проявлять участие к переживаниям других. Предложите ему терпимей относиться к слабостям и недостаткам людей, видеть за этими недостатками их оборотную позитивную сторону. Тогда ему не нужно будет так часто сердиться.

Посоветуйте пациенту заботиться о животных, растениях, изучать свое прошлое, родословную (если есть интерес к чему-то из перечисленного). В психодинамическом подходе делайте акцент на патологической переработке агрессивных импульсов. Важное значение имеет социальная и семейная поддержка. Психастеноподобным эпилептоидам показана терапия творческим

самовыражением по методу М.Е. Бурно (2006).

Деменция при болезни Альцгеймера[131] (лат. *dementia* – безумие, слабоумие) – приобретенное слабоумие. Во избежание эмоционального «перегорания» родственников, ухаживающих за больным, информируйте их о медицинских аспектах его поведения и разъясните, что на первых этапах болезни ему полезнее находиться дома, а не в стационаре. Ориентировку больного поддерживает частое напоминание о времени, месте его нахождения, о происходящих событиях и об окружающих людях. Говорить с ним надо на интересующие его темы, короткими простыми фразами.

С больным следует по возможности гулять, сокращать дневной сон. Необходимо избегать новых и сложных ситуаций (например, переездов). На поздних этапах заболевания больному лучше находиться в геронтологическом отделении психиатрической больницы или в психоневрологическом интернате.

Больного СПИДом, близкие которого переживают преждевременный траур, временно отделите от семьи, с которой проведите семейную терапию. Параллельно помогите больному осознать и принять ситуацию; осознать собственные тягостные чувства (обиды, гнева, страха), возникшие в качестве ответной реакции на соответствующее поведение близких; делегировать ответственность родным, переживающим преждевременный траур; тем самым несколько снижается собственное чувство вины и создаются предпосылки, необходимые для перехода на следующий этап: у пациента зарождается чувства жалости и сострадания к родным, оказавшимся неспособными к зрелой оценке реальности; прощение родных. Далее включите больного в группу, где психодраматически разыгрываются мифы, сказки, метафоры, песни, материал творчества самих больных. Типичные сюжеты игры – возвращение в жизнь того, кого считали умершим, оживление, снятие колдовских чар (Власова, Щербаков 2001).

Учтите, что для тяжелобольных характерен уход в себя, углубленная фиксация на собственных переживаниях. Когда такие пациенты впервые собираются для проведения групповой психотерапии, они проводят значительное время в нарциссической фазе группового развития, так называемой прегруппе. Прегруппа перерастает в группу, когда ее члены начинают реагировать друг на друга не только в собственных интересах, но и чувствовать при этом, что они находятся в безопасной обстановке и могут доверять друг другу и оказывать взаимную поддержку.

У истероидных больных ***раком*** наблюдаются реакции по типу

«блаженного равнодушия». При этом имеется диссоциация между соматическими проявлениями вытесненной тревоги (тахикардией, дрожью, потливостью) и отрицанием беспокойства за здоровье. Больные во время обострения болезни демонстрируют пренебрежительное отношение к ней, однако прислушиваются к разговорам о заболевании, просят у родственников принести им специальную литературу, планируют снижение нагрузки после выписки из больницы. Они аккуратно принимают лекарства, охотно выполняют лечебные процедуры, соблюдают щадящий режим. На начальных этапах онкологического заболевания может наблюдаться полное отрицание наличия опухоли, нездоровье при этом объясняется менее тяжелым диагнозом.

Важной проблемой является знакомство больного с пугающим диагнозом. Стресс, вызванный этим диагнозом, может реактивировать предшествующую фобию, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство или посттравматическое стрессовое расстройство. Если больной спрашивает о диагнозе, обязательно ответьте ему, употребляя такие формулировки, как «опухоль, но операция может помочь». Если больной не задает подобных вопросов, лучше о диагнозе ему не сообщать, а если имеется интенсивная реакция отрицания факта болезни, укрепите больного в его мнении. В любом случае сообщайте диагноз больному или его близкому, которого считаете наиболее подходящим для этого, лишь после получения несомненных лабораторных данных, говорящих о наличии соответствующего диагноза.

Собираясь говорить с больным об угрожающем жизни заболевании, имейте в виду следующие моменты. Прежде чем рассказать больному о его болезни, надо быть самому хорошо осведомленным о ней: о ее первых проявлениях, о прежнем и нынешнем состоянии больного, о предыдущей и нынешней стратегии лечения и необходимых мероприятиях, и прежде всего о ближайшем прогнозе. Самая главная задача – определить, что больной действительно хочет знать на этой стадии своего заболевания о самом диагнозе и что он в состоянии перенести (Бройтигам и др., 1999). Получите ответы на следующие вопросы:

- Что говорили больному до сих пор наблюдавшие и лечившие его врачи, в какой мере его информировали и в какой скрыли от него информацию о болезни?
- Что знает больной в действительности (например, от больных, родственников и т. д.) и каковы его представления о своей болезни и ее прогнозе?
- На каком этапе жизни развилась болезнь (анамнез,

предшествовавшие жизненные неудачи и успехи), как больной справлялся прежде с тяжелыми ситуациями?

● Каковы нынешние отношения больного с окружающими людьми? с семьей? с коллегами по работе?

● Имеются ли у него еще близкие люди, которые проявляют к нему интерес? Насколько они его тяготят?

Ознакомить больного с «неблагоприятным» диагнозом лучше всего наедине, в отдельном кабинете, желательно наполненном современным медицинским оборудованием. Упомяните диагностические технологии, на основании которых делается заключение. Говорите о выявленных нарушениях функций организма, а не о болезни пациента, оставляя ему активную роль. Пугающие термины замените на иные («миеломная болезнь» вместо «рак крови»), используйте формулировки «типа» или «по типу», оставляя больному спасительные соломинки. Если больной интересуется прогнозом, целесообразно отметить факторы, влияющие на процесс лечения, основным из которых является точное и своевременное выполнение рекомендаций врача. Хладнокровно констатируйте факты и твердо завершите беседу: «Из всего этого вытекает, что мы должны делать следующее: 1) …; 2) …; 3) …» Местоимение «мы» дает возможность пациенту опереться на опыт и профессионализм специалиста.

Некоторые пациенты становятся очень тревожными перед проведением операции, химиотерапии, облучения и болезненных процедур, смены повязок, ожиданием результатов тестов (например, уровни специфичных антигенов простаты). Обеспечьте пациента адекватной информацией, проведите кризисную поддержку и инсайт-ориентированную терапию[132]. Поведенческая терапия включает прогрессивную релаксацию, направленные представления, биологическую обратную связь и гипноз.

Опросник для тяжелобольных

● Кто и когда сообщил вам о вашей болезни?

● Насколько хорошо информированы вы о характере вашего заболевания и возможном течении его, включая шансы излечения?

● Регулярно ли вы принимаете назначенные вам лекарства?

● Знаете ли вы, как они действуют, что вы можете от них ожидать и какие возможны побочные эффекты?

● Можете ли вы непринужденно говорить с вашими

близкими о своем заболевании?

● Связано ли слово «рак» с определенным табу?

● Чувствуете ли вы себя одиноким?

● Можете ли вы открыто проявить ваши чувства?

● Можете ли вы выражать свои потребности или скрываете их?

● Жертвуете ли вы собой ради других?

● Беспокоитесь ли вы о своих физических функциях и способностях?

● Ощущаете ли вы себя, с вашей точки зрения, ущербным?

● Какие качества (аккуратность, пунктуальность, чистоплотность, вежливость, искренность, трудолюбие, бережливость, справедливость) вы больше всего цените в себе и коллегах, сотрудниках и начальнике?

● Каких установок и поведения ожидают от вас на работе?

● Считаете ли вы, что все в конечном счете не имеет смысла и нужно принимать все как есть?

● Кажется ли вам будущее мрачным и безнадежным?

● Является ли для вас здоровье всем, а жизнь без здоровья – ничем?

● Что для вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, смыслом болезни и смерти, жизни после смерти)?

● Можете ли вы воспринять свое страдание как шанс познать неведомые до сих пор сферы?

Вопросы, которые следует задать о симптомах тревоги

● Испытывали ли вы следующие симптомы, после того как вам установили диагноз «рак» или после того как началось лечение:

– нервозность, дрожь или пугливость;

– боязливость, напряжение;

– избегание определенных мест или деятельности из-за страха;

– сердцебиение;

– перехватывает дыхание, когда нервничаете;

– спазмы в подложечной области;

– «ком в горле» при волнении;

– хождение взад-вперед при волнении;

– боязнь закрыть глаза ночью из-за страха смерти во сне.

● Если «да», то когда появились эти симптомы (за несколько дней до лечения, во время процедур, ночью, не помните)?

● Как долго эти симптомы продолжаются?

Вопросы, используемые для диагностики депрессии у онкологических больных

● Как изменилось ваше настроение, когда вы узнали о диагнозе? В период лечения?

● Вы грустите? Вы плачете иногда? Как часто? Только когда одни?

● Испытываете ли вы чувство вины? За что?

● Есть ли что-то, чему вы радуетесь, или вы перестали радоваться чему-нибудь, что было для вас важным до обнаружения у вас рака?

● Как для вас выглядит будущее? Черное? Светлое?

● Думаете ли вы, что можете контролировать ход своего лечения, или это полностью от вас не зависит?

● Беспокоитесь ли вы о том, как не стать обузой для семьи и друзей во время своего лечения?

● Чувствуете ли вы, что всем станет легче без вас? Как вы справляетесь со своим заболеванием?

● Физические симптомы (оценивайте их в контексте наличия онкологического заболевания).

● Как вы физически себя чувствуете?

● Испытываете ли вы боль, которую трудно терпеть?

● Чувствуете слабость?

● Легко устаете?

● Вы думаете, что двигаетесь быстро или медленно?

● Сколько времени вы проводите в постели?

● Стараетесь прилечь после сна?

● Как вы спите?

● Трудно заснуть?

● Рано просыпаетесь? Часто ли?

● Как с аппетитом? Чувствуете ли вкус пищи? Набираете или теряете вес?

● Каков ваш интерес к сексу? Как изменилась ваша сексуальная активность?

Используйте *работу с автобиографией* как метод переживания, которое объединяет разрозненную мозаику жизни в

единую целостную картину. В рассказе пациента о неразрешенных трудностях хотя бы отчасти разряжается накопленное напряжение. Кроме того, жизнь, ставшая текстом, разделяет лирического героя и автора, эстетически преодолевается обыденность, бывшее ужасным превращается в наполненную смыслом трагедию.

В психотерапии тяжелобольных конструктивную функцию выполняют примитивные мифы, связанные с отрицанием, – они играют роль противошоковой терапии и помогают человеку сохранить силы для адаптации к усложнившимся условиям жизни. Многие пациенты нуждаются в сотрудничестве с психотерапевтом в поиске необходимой информации и использования своих интеллектуальных ресурсов. Вовсе не на первое место ставится поиск утешения и эмоциональной поддержки со стороны семьи, друзей, медицинского персонала.

Дело в том, что неумелые попытки оказать такую поддержку могут восприниматься больными как снисходительная жалость и фальшивый оптимизм.

Принять случившееся больным помогает поиск его смысла в расширенном жизненном контексте. Так, можно говорить о болезни-угрозе, болезни-утрате, болезни-выигрыше, болезни-наказании. Находясь в душевном смятении, больные ждут от психотерапевта философского уровня понимания, простых и емких словесных формул (Бусыгина, 2001).

Помогите больному преодолеть *типичные негативные установки*.

● Рак нападает извне, и бороться с ним невозможно (однако доказано, что собственные внутренние ресурсы могут успешно бороться с раком, чем бы он ни был вызван).

● Любое лечение неэффективно и болезненно, часто возникают тяжелые побочные эффекты (современное лечение направлено в первую очередь на помощь внутренним ресурсам организма).

● Рак – якобы всегда смертельное заболевание (но рак не обязательно смертелен).

Вместе с пациентом, направленным в онкологическую клинику, разыграйте поступление в больницу, сеансы лучевой и химиотерапии, операцию, восстановительный период, выписку из больницы, поездку по магазинам в поисках новой одежды, которая будет хорошо сидеть и в то же время поможет скрыть отсутствие ампутированной конечности или груди. Если в результате операции пациенту предстоит лишиться определенной части тела, дайте ему возможность попрощаться с ней,

поблагодарить ее и оплакать, а затем представить себя бодрым и здоровым, в хорошей форме, с излеченным телом. Таким образом активизируется процесс переживания горя, расставания и подготовки к будущему – к новым ролям и новым способам обращения с собственным телом. Попросите пациента определить наиболее стрессовые обстоятельства его жизни, обучите его техникам релаксации и визуализации процессов в организме, физическим и мысленным упражнениям, которые ослабляют стресс и улучшают настроение.

Предложите ему психодраматически разыгрывать свои визуализации и рисунки, а также страхи предстоящего лечения, операций, боли, потери части тела. При этом свои лейкоциты больной должен представить сильными, подвижными, агрессивными, а раковые клетки – немощными и побежденными. Предложите больному психодраматически разыграть три возможных исхода хирургического вмешательства: смерть на операционном столе, осложнения после операции, успешная операция с безболезненным послеоперационным периодом. Если он выбирает первый вариант, отыграйте в психодраме смерть пациента, горе всей семьи и похороны. После этого больной обычно переходит к варианту с выздоровлением. Составьте совместно с пациентом список реалистичных целей, дающих жизненный смысл, для того чтобы усилить желание жить в противовес тревожному ожиданию смерти.

Визуализация в состоянии релаксации. «Обратите внимание на оставшееся нежелательное ощущение в вашем организме. Теперь представьте яркий свет любого цвета, который вам нравится. Представьте этот свет в виде небольшой яркой сферы. Представляйте, как эта сфера постепенно разрастается, пока не заполнит все воображаемое пространство. Пусть теперь эта сфера начнет сжиматься до первоначальных размеров. Пусть теперь она сожмется еще больше, превратится в маленькое пятнышко и наконец исчезнет совсем.

Проделайте это упражнение снова, но теперь представьте, что этот цвет – ваша боль или другое нежелательное ощущение. Представьте себе, что вы находитесь где-нибудь на природе, в приятном для вас месте. Постарайтесь как можно точнее увидеть все подробности: заметить краски, услышать звуки, все, что вы ощущаете, когда соприкасаетесь с окружающими предметами. Продолжайте мысленно оставаться в этом месте в очень расслабленном состоянии в течение 2–3 минут.

Затем в символическом или реалистическом виде постарайтесь представить у себя рак. Представляйте его состоящим из очень слабых клеток с неправильным строением.

Помните, что в обычном состоянии в течение жизни ваш организм уничтожает тысячи таких атипичных (раковых) клеток. Зрительно представляя себе рак, подумайте о том, что для вашего выздоровления необходимо, чтобы защитные механизмы организма вернулись к естественному, здоровому состоянию. Представьте, что вы сейчас получаете лучевую терапию. Вообразите себе ее как луч, состоящий из миллионов энергетических зарядов, поражающих все клетки, попадающиеся им на пути. Нормальные клетки способны восстановить любой нанесенный им ущерб. Раковые клетки этого не могут – они слишком слабы. Теперь представьте себе, что введенное вам лекарство попадает в ваши сосуды. Вообразите, что это лекарство действует как яд. Нормальные клетки – умные и сильные – не очень восприимчивы к этому яду, а раковые клетки – слабые, и потому достаточно небольшого количества яда, чтобы их убить. Они поглощают яд и умирают, а затем выводятся из организма.

Представьте себе, как ваши лейкоциты приближаются к месту, где находится рак, определяют атипичные клетки и разрушают их. В вашем распоряжении огромная армия лейкоцитов. Они очень сильны и полны энергии. Кроме того, они очень умные. Они по всем статьям превосходят раковые клетки, и в их победе не может быть никакого сомнения. Представьте себе, как рак уменьшается в размерах, лейкоциты подхватывают мертвые раковые клетки и через почки и печень выводят их из организма вместе с мочой и калом. Продолжайте представлять себе, как уменьшается рак, пока он полностью не исчезнет. Представьте себе, что, по мере того как рак уменьшается и наконец полностью исчезнет, у вас становится больше энергии, улучшается аппетит. Вы хорошо чувствуете себя в окружении семьи, видите, как вас любят.

Если вы ощущаете в каком-то месте боль, зрительно представьте себе, как целая армия лейкоцитов устремляется туда, чтобы успокоить ее. Какова бы ни была причина этой боли, отдайте своему организму приказ исцелить себя. Представьте себе, как ваше тело поправляется. Постарайтесь мысленно увидеть себя бодрым, здоровым, полным энергии. Представьте себе, как вы добиваетесь исполнения тех задач, которые вы перед собой поставили. Вы осуществляете свои жизненные цели; у всех членов вашей семьи дела идут хорошо; ваши отношения с окружающими становятся более значимыми. Помните, что если вы будете видеть смысл в том, чтобы поправиться, то это поможет вам выздороветь.

Сейчас вы можете некоторое время оставаться в состоянии физического расслабления и наслаждаться им. Вы можете

использовать сейчас формулы самовнушения, представляя себя спокойно и уверенно действующим в сложных ситуациях. Например: “Я излучаю спокойную энергию и здоровье. Я добр к своему телу, и оно добро ко мне. Я чувствую себя в гармонии с Вселенной. Я благодарен за здоровье, красоту и жизненные силы, которыми наделен.” Теперь почувствуйте, что мышцы ваших век стали легче. Будьте готовы к тому, чтобы открыть глаза и вновь оказаться в комнате. Сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов, откройте глаза. Вспомните те образы, которые возникли у вас во время визуализации. Вы сможете поделиться этими подсказками вашего подсознания – это будет полезный обмен опытом».

Старение. Пожилой человек пересматривает события своей жизни и интегрирует их в личную систему ценностей, которая должна наполнить его ощущением завершенности и удовлетворения. Он размышляет о смысле жизни, о достигнутом, о том, какой след оставляет после себя. Если то, что он считает необходимым, не завершено и уже нет времени сделать это, он может впасть в отчаяние. Другая важная часть личностного развития – непрекращающееся снижение самооценки по мере того, как человек обнаруживает падение своих перспектив на работе, ухудшения в физическом облике, сексуальной привлекательности и должен принять все увеличивающуюся степень зависимости от окружающих. Реальность старения размывает психологическую защиту многих людей, ведя к интенсивному чувству зависти, соперничества, ярости и, как следствие, к одиночеству.

Изменения во взаимоотношениях с выросшими детьми также могут привести к возрастному кризису у родителей. Они пытаются сохранить доминирующую позицию в отношениях и в то же время беспомощно ожидают от детей слишком большого внимания. Взрослые дети, со своей стороны, могут с детства сохранять обиду на родителей или, наоборот, испытывать чувство вины из-за недостатка заботы о них, чрезмерно опекая родителей, ограничивая их активность. Пожилые люди могут идентифицировать себя с внуками и потакать им, как бы балуя себя и получая в ответ безусловную любовь и обожание. Этот процесс также может компенсировать чувство зависти к своим детям – родителям внуков. Внуки также представляют для пациентов некую форму символического бессмертия.

В процессе индивидуальной и семейной терапии помогите пожилому человеку принять изменения, сопутствующие старости, поддержите его самооценку и направьте его внимание на позитивные стороны жизни. Найдите пути наиболее

продуктивного проведения свободного времени, появившегося у пациента, выявите сохранившиеся возможности для самореализации и поддержите при ее осуществлении.

Умирание. Большинство людей не умирают неожиданно, а приобретают с возрастом одну болезнь за другой, одна из которых и убивает их. Большинство этих болезней хронические и имеют неопределенный исход. Таким образом, пожилые люди обречены думать и размышлять о своей будущей смерти. Наиболее распространенные страхи, связанные с процессом умирания, это одиночество, потеря достоинства и контроля. У людей, живущих одиноко, чаще развивается страх смерти, потому что они боятся заболеть и умереть до того, как кто-нибудь сможет им помочь. Смертельно больные замужние женщины нередко боятся оставить беспомощного супруга в одиночестве.

У людей, имеющих неразрешенные религиозные вопросы относительно смерти и умирания, может развиться значительный страх смерти. Они могут бояться, что умрут до того, как разрешатся их сомнения, и что они будут вечно страдать после смерти. Или они были воспитаны в религиозной традиции, обещающей радостную «послежизнь», но боятся, что встретят после смерти лишь вечное невыносимое ничто. Людей с давним чувством вины за какие-то жестокие или импульсивные действия в прошлом суровое Суперэго может заставить рассматривать смерть как наказание. Для них характерно сочетание таких эмоций, как враждебность, депрессия и тревога.

Помогите пациенту высказать все свои пожелания и разрешить его вопросы, связанные с концом жизни. Это можно обсуждать с лечащим врачом, священником, членами семьи и друзьями или психотерапевтом. Расскажите семье, как помочь умирающему родственнику. Убедите пациента, что за ним будут ухаживать вежливо, уважая его достоинство и со вниманием к усилению физических страданий. Создайте ощущение, что жизнь продолжается в его детях, его творчестве и даже в вещах, которые ему принадлежали. Направьте воспоминания пациента о событиях и достижениях его жизни, развивая у пациента чувство, что его жизнь имела смысл и цель. Однако эта техника противопоказана пациентам, имеющим клинически выраженную депрессию. Природа депрессивного состояния заставляет пациента вспоминать избирательно события, имеющие негативный характер, и поэтому этот метод скорее принесет вред, чем пользу.

Целью психотерапии умирающего больного является сопровождение на его скорбном пути в соответствии с этапами, выделенными Кюблер-Росс (2001). В этот недолгий период жизни

для больного как никогда актуализируются взаимоотношения с близкими, которым также приходится нелегко. Эти проблемы легче решать в специализированных учреждениях – хосписах. Обеспечьте эмпатический подход в терапевтической бригаде, чему способствует балинтовская группа.

Проводите работу с дыханием (вдох – это жизнь, выдох – смерть), отдельными частями тела (нижняя челюсть, глаза, шея, подошвы). Сопровождайте упражнения медитативно-расслабляющей музыкой. Организуйте группы взаимопомощи, где больные смогут заниматься творчеством, не только отвлекаясь от страха смерти, но и переоценивая основные жизненные ценности. В конечной фазе умирания используйте упражнения танатотерапии[133], моделирующие процесс «правильного, естественного умирания» (Баскаков, 2007).

Компетентность психотерапевта

Схема представления случая для супервизии

1. Фактические данные о клиенте; пол, возраст, род занятий, семейное положение.
2. Источник информации о терапевте: справочная или рекламная информация. Рекомендация знакомых (кто они по отношению к терапевту – клиенты или др.), прочие источники.
3. Первое впечатление о клиенте.
4. Жалобы клиента, формулируемый им запрос.
5. Ход работы: этапы, переломные моменты, ведущие темы работы.
6. Динамика отношений в терминах «перенос» и «контрперенос».
7. Отчет о последней по времени сессии.

Общее время представления – 20–40 минут, из которых 5 минут занимает изложение пп. 1–4, 5–10 минут – пункты 5–6 и 10–20 минут – пункт 7.

Примерный перечень вопросов, обсуждаемых на супервизии

1. Общие сведения о пациенте: возраст, профессия, семейное положение, религия, характеристика микросоциального окружения.
2. Симптомы: значение, содержание, история, метафоры.
3. Жалобы. Предъявленные жалобы начинаются с описания имеющихся жалоб словами инициатора обращения или того, кто первым вступил в контакт. Предъявленная жалоба – это платформа, на которой базируется дальнейшая оценка.
4. Опыт общения семьи со специалистами помогающих профессий:

- общение семьи/пациента со специалистами в настоящее время;
- прошлый опыт обращения за психологической помощью;
- влияние прошлого опыта на точку зрения профессионалов.

5. Анамнез заболевания. Время возникновения симптомов. Связь с особенностями жизни и деятельности, с другими заболеваниями и факторами жизни (в том числе психогенными). Наличие «светлых промежутков» (без симптомов), с чем, по мнению пациента, они связаны. Что изменилось в лучшую сторону в жизни пациента и его семьи с появлением симптомов, что – в худшую.

6. Условия оказания помощи:
- амбулаторное или стационарное лечение (например, при угрозе суицида, психической неустойчивости, неэффективности амбулаторной терапии), консультации по телефону, выезд на дом, консультации вне официального времени, ночью, в выходные, прерывание отпуска, экстренные случаи;
- индивидуальная, супружеская, семейная или групповая психотерапия, интеграция моделей, один или несколько психотерапевтов.

7. Контекст направления:
- Кто дал пациенту направление на терапию?
- Кто порекомендовал или заставил пациента обратиться к психотерапевту?
- Почему пациента направили именно к супервизируемому терапевту?
- Связывают ли психотерапевта с пациентом или его микросоциальным окружением какие–либо еще отношения, кроме терапевтических?

8. Ожидания пациента:
- Что пациент надеется получить от психотерапии?
- Как он выразил свои пожелания по психотерапии?
- Что указывает на его скрытые желания в этом отношении?
- Реальны ли желания пациента?
- Почему пациент пришел именно к

супервизируемому?

- Имеется ли противоречащие друг другу задачи (ожидания)?
- Почему пациент именно сейчас хочет воспользоваться психотерапией?

9. Ожидания психотерапевта:

- Считает ли психотерапевт себя компетентным(ой) предоставить пациенту то, чего ожидает последний?
- Готов ли психотерапевт исполнить это?
- Есть ли у психотерапевта собственная цель в психотерапии (явная, неявная), от которой пациент уклоняется?

10. Цель психотерапии (контракт):

- Определялись ли вместе с пациентом цели психотерапии?
- Каковы установленные цели?
- Имеются ли у психотерапевта гипотезы происхождения проблем у пациента?
- Как определяется продвижение к установленным целям психотерапии? Кто за это отвечает?
- Разъяснялся ли пациенту вопрос о границах «возможного» в психотерапии?
- Каков терапевтический прогноз?
- Какова предварительная оценка длительности общего лечения?
- Какова длительность и частота психотерапевтических встреч?
- Каков гонорар, кто будет покрывать расходы, оплата пропущенных встреч?
- Сошлись ли вы на конкретных условиях?
- Способен ли пациент, исходя из сложности его заболевания и характера, придерживаться оговоренных вами правил?

11. Терапевтические отношения (перенос – контрперенос).

12. Является ли избранный метод наилучшим при существующем диагнозе, структуре пациента и целях терапии?

13. Почему супервизируемый представляет именно этого пациента?

Оценка компетентности психотерапевта

Сферы компетенции собраны в блоки по 4 характеристики. Оценивается каждая из областей компетенции по каждому блоку отдельно от 1 (высший балл) до 4 (низший балл).

1.

А. ведет себя адекватно в личных отношениях с клиентом.

Б. адекватно отражает чувства клиента.

В. поддерживает неосуждающую позицию по отношению к клиенту, несмотря на различия в ценностях.

Г. в состоянии поддерживать приоритет проблем клиента.

2.

А. знает об этичных способах поведения.

Б. в состоянии идентифицировать темы клиента.

В. распознает свои личностные ограничения.

Г. использует в работе открытые вопросы.

3.

А. осознает социоэкономические и культурные факторы, которые могут повлиять на консультационную сессию.

Б. использует вопросы с открытой возможностью ответа и предоставляет клиенту максимальную свободу выражения.

В. осознает свои собственные потребности и конфликты.

Г. проводит регулярные встречи с клиентом.

4.

А. в состоянии использовать дополнительную информацию, полученную из профессиональных источников.

Б. способен идти на риск (в отношении себя) в процессе консультирования клиента.

В. общается с клиентом естественно и искренне.

Г. придерживается принципа конфиденциальности в отношении информации от клиента.

5.

А. осознает свою собственную тревогу в консультационном процессе.

Б. вступает в конфронтацию с клиентом, когда необходимо.

В. распознает случаи, когда он нуждается в помощи другого профессионала.

Г. в состоянии поставить достижимые цели, соответствующие готовности клиента.

6.

А. демонстрирует стремление к личностному росту.

Б. подготавливает клиента к окончанию консультирования.

В. откликается на невербальное поведение клиента.

Г. понимает, что с одними и теми же клиентами можно работать по-разному.

7.

А. в состоянии поставить и ближайшие, и отдаленные цели в работе с клиентом.

Б. позволяет себе быть свободным и «неправильным» в ходе консультативной сессии.

В. демонстрирует уважение и позитивное отношение к клиенту.

Г. активно участвует в работе профессиональных организаций.

8.

А. формирует определенные планы и стратегии для изменения поведения клиента.

Б. дает адекватные рекомендации клиенту.

В. способен удерживать свои личные проблемы за пределами консультационной сессии.

Г. аккуратно отражает содержание речи клиента.

9.

А. в состоянии справляться с проявлениями сильных чувств клиента.

Б. встречается с клиентом в назначенное время.

В. принимает обратную связь в незащитной манере.

Г. осознает потенциальные возможности клиента, способствующие прогрессу в ходе консультирования.

10.

А. распознает, когда клиент нуждается в помощи для того, чтобы справиться с чем-либо.

Б. с энтузиазмом воспринимает возможности для дополнительного тренинга.

В. в состоянии распознавать и управлять личными чувствами, которые возникают в процессе консультирования.

Г. во время сессии принимает и сохраняет позу, соответствующую моменту и свидетельствующую о том, что он воспринимает происходящее.

11.

А. осознает, когда вступает в борьбу за власть с клиентом, и признает это.

Б. адекватно резюмирует утверждения клиента.

В. одет в соответствии с требованиями момента.

Г. умеет концептуализировать случай точно в соответствии с теоретической моделью.

12.

А. идентифицирует актуальные потребности и использует это соответствующим образом.

Б. делает необходимые записи о клиенте в соответствии с требованиями.

В. в состоянии выбирать и применять техники (приемы) соответствующим образом.

Г. толерантен к неопределенности в терапевтической сессии.

13.

А. поддерживает нормальные отношения с коллегами.

Б. в состоянии интерпретировать особенности поведения клиента в соответствии с теоретической концепцией.

В. в состоянии эффективно справляться с фрустрацией при недостатке прогресса у клиента.

Г. проявляет уместную невербальную экспрессию.

14.

А. поддерживает активный зрительный контакт с клиентом.

Б. понимает, какие техники совместимы с разделяемой им теоретической моделью.

В. осознает свою личную потребность в одобрении

клиента.

Г. адекватно готовится к каждой консультационной сессии.

15.

А. осознает, в какой степени его привлекательность для клиента влияет на процесс консультирования.

Б. поддерживает порядок и чистоту в своем офисе.

В. подкрепляет уместное поведение клиента.

Г. в состоянии предсказать эффект техники, применяемой при консультировании.

Оценивается:

Профессиональное поведение (ПП) – мониторинг юридических и этических аспектов терапевтического процесса.

Терапевтические навыки (ТН) – практические и технические навыки, навыки фокусирования.

Личностное осознание (ЛО) – способность психолога рассматривать себя или свои аффекты как часть терапевтического процесса.

Концептуализация клиента (КК) – умение увидеть широкий контекст происходящего в терапии с клиентом, распознать темы, путешествующие из сессии в сессию.

Блоки	ПП	ТН	ЛО	КК
1	А –	Б –	В –	Г–
2	А –	Г –	В –	Б –
3	Г –	Б –	В –	А –
4	Г –	В –	Б –	А –
5	В –	Б –	А –	Г –
6	Б –	В –	А –	Г –
7	Г –	В –	Б –	А –
8	Б –	Г –	В –	А –
9	Б –	А –	В –	Г –
10	Б –	Г –	В –	А –
11	В –	Б –	А –	Г –
12	Б –	А –	Г –	В –
13	А –	В –	В –	Б –
14	Г –	А –	В –	Г –
15	Б –	В –	А –	Г –
Всего баллов				

Баллы, полученные в каждом из 15 блоков по характеристикам А, Б, В, Г, проставляются в столбцы таблицы ПП, ТН, ЛО, КК.

Общая компетентность

Границы. Оцениваются способности:

- устанавливать определенные рамки и придерживаться их в лечении (времени, места, внешних деятельности/отношений, установленного плана; ориентированность на время);
- устанавливать, поддерживать профессиональные отношения;
- понимать пациента и предохранять от излишних вмешательств в личное пространство; умение сохранять конфиденциальность;
- заключать с пациентом финансовые договоры, согласованные с контекстом лечения.

Терапевтический альянс. Оцениваются способности:

- устанавливать взаимопонимание;
- понимать и развивать терапевтический альянс с пациентом;
- распознавать разные формы терапевтических

альянсов, включая негативные;

- предоставлять пациенту возможность активно участвовать в лечении;
- распознавать и исправлять затруднения в альянсе;
- устанавливать фокусировку на лечение;
- обеспечивать благоприятную установку.

Слушание. Оцениваются способности:

- слушать открыто и без суждений;
- содействовать пациенту в свободном и открытом разговоре.

Эмоции. Оцениваются способности:

- распознавать и специфично описывать аффекты;
- выносить прямые проявления враждебности, аффективности, сексуальности и других сильных эмоций;
- распознавать и описывать (супервизору) свои собственные аффективные реакции на пациента;
- распознавать и преодолевать неуверенность ученика при обучении психотерапии.

Понимание. Оцениваются способности:

- к эмпатии состояния пациента;
- к выражению эмпатического понимания.

Использование супервизии. Оцениваются способности:

- устанавливать педагогический альянс с супервизором;
- внедрять в психотерапию материал работы с супервизором.

Устойчивость/защиты. Оцениваются способности:

- идентифицировать проблемы в сотрудничестве с лечащим врачом;
- выявлять защиты в клинических проявлениях;
- выявлять затруднения к изменению и понимание возможных способов управления ими.

Техники вмешательств (воздействий). Оцениваются способности:

- удерживать фокус на лечении, когда это необходимо;
- способность к конфронтации;

- определять готовность к лечению и обеспечивать его окончание;
- определять готовность пациента к определенным вмешательствам;
- оценивать реакцию пациента на определенные вмешательства.

Навыки для краткосрочных и кризисных вмешательств

Оцениваются способности:

- быстро устанавливать терапевтический альянс с пациентом;
- определять травмирующее событие (стрессор) и реакцию пациента на него;
- вычислять историю типичных механизмов совладания пациента;
- помогать пациенту в проявлении эмоций;
- при необходимости нормализовать эмоциональные реакции пациента на события в кризисной обстановке;
- ориентировать терапию на травмирующий кризис;
- предоставлять поддержку пациенту;
- активно слушать пациента с целью лучшего понимания;
- обеспечивать психообразовательный подход к кризису;
- помочь пациенту развить адаптивные механизмы совладания и выявлять дополнительные источники поддержки;
- устанавливать достижимые терапевтические цели совместно с пациентом;
- быстро собирать необходимую дополнительную информацию.

Навыки для психодинамической психотерапии

Оцениваются способности:

- идентифицировать и эффективно начинать лечение подходящего для психодинамической психотерапии пациента;
- идентифицировать аспекты текущего случая в понятиях теории драйвов[134] и защиты, процесс освоения объектных отношений и компенсации личного опыта пациента;
- связывать настоящее с прошлым, то есть понимать текущие паттерны мышления, чувств, действий и взаимоотношений пациента в ключе его прошлого

личного опыта;

- определять разнообразные защиты в клинической картине, гибко и должным образом реагировать на них;
- противостоять, прояснять и интерпретировать прежде неосознанный и полуосознанный материал в терапевтическом сеттинге;
- содействовать выявлению скрытого клинического материала (такого, как сны, ассоциации, трансферентный материал и т. д.);
- выявлять перенос и использовать его в терапии;
- распознавать, сдерживать и использовать в целях терапии контрперенос;
- поддерживать терапевтический альянс перед лицом переноса путем использования концепций нейтралитета, абстиненции, эмпатии и поддержки, оказанной соответствующим образом;
- обеспечивать окончание лечения в контексте психодинамической психотерапии.

Навыки для когнитивно-поведенческой психотерапии

Оцениваются способности:

- устанавливать когнитивную модель происхождения проблем пациента;
- включать пациента в когнитивную модель;
- использовать структурную когнитивно-поведенческую модель, включая поправку на настроение, ссылку на предыдущую сессию, повестку дня сессии, обсуждение домашнего задания, резюме и обратную связь от пациента;
- идентифицировать и выявлять автоматические мысли;
- устанавливать и применять знание когнитивной триады депрессии;
- использовать запись дисфункциональных мыслей как инструмент в лечении;
- использовать активный график как средство терапии;
- идентифицировать общие когнитивные ошибки в мышлении;
- использовать поведенческие техники в качестве лечебного инструмента;
- по окончании активной терапии должным образом и совместно с пациентом планировать сеансы поддержки, самопомощи и контрольные сессии.

Навыки для сочетанной психофармакологии и психотерапии

Оцениваются способности:

- интеграции биологического и психологического аспекта истории болезни пациента;
- обеспечения психообразовательного подхода к психическим расстройствам и риску/пользе обычно назначаемых психотропных лекарств;
- понимания, как эффекта медикаментозной терапии, что может оказать значительное влияние на деятельность пациента; способности научиться определять, какие лекарства нужны для пациента;
- использования эффекта плацебо для более эффективного назначения лекарств;
- базового понимания диагноза, специфической психотерапии и медикаментозной поддержки;
- базового понимания медико-правовых и психотерапевтических вопросов в контексте, когда один специалист назначает лекарства, а другой проводит психотерапию: конфиденциальность, информированное согласие и сотрудничество;
- использовать в лечебных целях концепцию переноса и контрпереноса при назначении лекарств;
- понимания того, как назначение лекарств и психотерапия могут помочь или помешать друг другу;
- выявления психологических аспектов несоблюдения терапии.

Глоссарий

Аддикция – зависимость, желание уйти от реальности с помощью искусственных средств.

Актуальный конфликт – конфликт, проявляющийся в настоящее время.

Акцентирование отношений – драматизация, заострение конфликтных моментов для облегчения их осознания.

Деролинг – выход из роли.

Амбивалентные элементы личности – противоречивые, а у пограничных личностей и больных шизофренией – взаимоисключающие мысли, чувства, мотивации.

Ангедонизм – неспособность радоваться, испытывать удовольствие.

Архаичная психика – коллективное бессознательное по Юнгу, то есть врожденные первичные идеи и образы – архетипы.

Архетипы – врожденные психические структуры, по Юнгу, которые проявляются в мотивах и образах сновидений.

Ассертивный тренинг – тренинг уверенности и самоутверждения.

Астеническая личность – тип личности, характеризующийся повышенной психической и физической утомляемостью, обостренной впечатлительностью, раздражительностью и обидчивостью. Отмечаются также пассивность, подчиняемость и избегающее отношение к повседневным требованиям жизни.

Аутоагрессия – агрессия, направленная на себя.

Аутоидентификация – самоотождествление, самоопределение.

Аффективно-поведенческий контроль – способность тормозить свои неадекватные аффективные проявления и поступки.

Балинт-группа – группа супервизии по методу М. Балинта.

Биполярное расстройство (маниакально-депрессивный психоз) – аффективный психоз, протекающий с чередованием депрессии и мании или других синдромов (например, сверхактивность – пассивность, страх – экстаз).

Вербальный – относящийся к коммуникации, основанной на речевом общении.

Витальный страх – страх близкой смерти с выраженной вегетативной реакцией.

Гетероагрессия – агрессия, направленная на других.

Гештальт-группа – группа под управлением гештальт-терапевта.

Гештальт-терапия («гештальт» – целостная картина) направлена на осознание своих ощущений, чувств и движений с целью их объединения и реализации своего «Я».

Гипнабельность – индивидуальная способность подвергаться гипнотическому воздействию, достигать гипнотического состояния той или иной глубины.

Гипносуггестия – внушение в гинозе.

Гипомания – легкая форма мании, без бреда и галлюцинаций. Наблюдаются: постоянно повышенное настроение без причины, непоседливость, повышенная общительность, разговорчивость, фамильярность, гиперсексуальность, пониженная потребность в сне.

Дебрифинг – метод работы с групповой психической травмой. Часто применяется в группах с людьми, совместно пережившими катастрофу или трагическое событие. Дебрифинг относится к мерам экстренной психологической помощи. Он проводится как можно раньше после события, иногда через несколько часов или дней после трагедии.

Девиация – отклонение.

Деменция – слабоумие.

Дисморфофобия – мучительное переживание своей физической неполноценности в связи с реальными или воображаемыми анатомическими особенностями или нарушением физиологических функций (зловонный пот, испускание газов и др.).

Диссоциация – психические функции или личность в целом разделяется на отдельные составляющие с их независимым функционированием; при этом сохраняется контакт с реальностью, достаточный для обеспечения безопасности пациента.

Диссоциированное состояние наступает в результате бессознательного разделения психических функций или личности в целом на отдельные изолированные друг от друга составляющие. При этом автоматические функции выпадают из-под контроля сознания и начинают управлять поведением человека.

Дистимия – хроническая депрессия, протекающая с неврозоподобной симптоматикой.

Доминантность – стремление и способность занимать главенствующее положение во взаимоотношениях и оказывать преобладающее влияние на других.

Значимые травмы – психотравмирующие ситуации, повлиявшие на развитие личности или жизненный путь человека.

Идентификация – заимствование психических качеств у

важных людей, например идентификация с агрессором для защиты от своего страха перед ним.

Идентификация изменений – самоотождествление с новым образцом поведения.

Идеомоторика – непроизвольная связь мыслей (идей) с напряжением, движением мышц (моторикой).

Инсайт – адекватное осознание вновь пережитой, ранее вытесненной психотравмы. При этом вытесненная психотравма сохраненяется в подсознании, но воспоминаний о ней не остается. Защита вытеснением забирает очень много энергии, тормозит личностное развитие и приводит к возникновению психосоматических заболеваний.

Интерпретация – поиск скрытого смысла симптома, сновидения или высказывания пациента.

Интроекты – это отдельные убеждения, ценности, мысли, которые были приняты без анализа и переструктурирования. С помощью интроектов формируется личность ребенка. Зрелая личность использует ассимиляцию – творческое усвоение норм поведения, социальных установок, знаний и т. п., которые предлагает социальное окружение.

Интроекция – замена отношений с внешним объектом на отношения с интроектом (бессознательным представлением о желаемом). Интроекция выступает как пассивное усвоение чужого. Наиболее ранние интроекты – родительские поучения, некритически усвоенные и неотличимые от собственных убеждений.

Ипохондрия – состояние, которое проявляется чрезмерным вниманием к своему здоровью, озабоченностью даже незначительным недомоганием или убежденностью в наличии тяжелой болезни, нарушении телесной сферы. Тревожные опасения больных относятся к тем возможным, по их мнению, изменениям в органах, в которых возникают патологические ощущения.

Контрсопротивление – негативный контрперенос, блокирующий терапию. Терапевт переносит на человека чувства, испытываемые к другому человеку. Проявляется неоправданными стереотипиями: затяжным молчанием, болезненными вмешательствами, критикой пациента и т. п.

Контрфобия – бессознательные усилия индивида отрицать или преодолевать навязчивый страх через стремление к контакту с вызывающими страх объектами или ситуациями.

Котерапевт – ассистент терапевта.

Конфабуляции – ложные воспоминания, галлюцинации памяти.

Лабильное настроение – легко меняющееся настроение.

Личностная реконструкция – гармонизация личности в процессе терапии. При этом происходит изменение стиля общения, активизация жизненной позиции, гуманизация системы ценностей.

Манипулятивный запрос – запрос пациента, направленный на то, чтобы с помощью психотерапевта получить рецепт манипуляции партнером.

Микросоциальная сфера пациента – ближайшее окружение: родные и близкие, друзья и приятели, сотрудники и соседи.

Моторный – двигательный.

Невербальный – относящийся к коммуникации, не использующей речевое общение (мимика, позы, жесты и т. д.).

Неотреагированные реакции пациента на утраты – вытесненные переживания, связанные с утратой значимых объектов.

НЛП – нейролингвистическое программирование, представляет собой технику моделирования (копирования) вербального и невербального поведения людей.

Обсессивное развитие личности – состояние, которое характеризуется нарастанием следующих черт: тревожная мнительность, ожидание несчастья, повышенное чувство ответственности за свой моральный облик и за благополучие близких, постоянный самоконтроль.

Отреагирование – высвобождение эмоционально заряженных воспоминаний, которые не были хорошо или полностью выражены, но все равно оказывали влияние на поведение и мышление человека.

Паническая атака – не связанный с ситуацией приступ острой тревоги с деперсонализацией-дереализацией, потерей контроля над собой, массивным вегетативным компонентом и, как правило, страхом смерти.

Переживание отказа в удовлетворении потребности, фрустрация – состояние подавленности, обиды, растерянности в связи с крушением планов и надежд, невозможностью достичь намеченных целей и получить защиту, уважение и любовь.

Перенос – перемещение чувств, испытываемых к значимой фигуре, на другого человека и их отреагирование.

Пластичность – возможность переживать разные оттенки одной эмоции.

Преморбид – жизнь до болезни.

Проекция – перенос собственных мыслей, чувств, мотивов, черт характера на другие объекты. При этом человек отчуждает присущие ему качества, не соответствующие его «Я-концепции».

Образующиеся в результате проекции «дыры» заполняются проектами.

Протагонист – главное действующее лицо драмы.

Психастеник – человек с расстройством личности, при котором характерны тревожная мнительность, неуверенность в себе, могут проявляться эпилептоидные компоненты («застревание» эмоций и мыслительной деятельности, педантичность), а также невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство).

Психосоматика – понятие, которое включает все взаимодействия между поведением (мысли, эмоции, действия) и соматическим (телесным) заболеванием. Психосоматическими считаются расстройства функций органов и систем, в основе которых лежат стресс, разного рода конфликты, кризисные состояния и т. д.

Раптус – импульсивное психофизическое сверхвозбуждение.

Расщепление – неспособность соединять хорошие и плохие качества в целостный образ; при этом один и тот же объект то идеализируют, то обесценивают и ненавидят.

Редукция симптоматики – ослабление симптомов.

Рефлексия – осмысление собственных психических процессов (эмоций, влечений, мыслей и др.) или действий.

Рефрейминг – это изменение обрамления утверждения, чтобы придать ему другой смысл. Рефрейминг контекста: Наш ребенок слишком агрессивный! – Зато он всегда сможет постоять за себя. Рефрейминг содержания: Он не злой, а активный и уверенный.

Ригидность – негибкость, неготовность к изменениям программы действий.

Рэкетные чувства – вызванные нечестной игрой, чаще всего такие чувства используются для удовлетворения личных потребностей.

Самопринятие – основанная на реальном и глубоком знании способность индивида принимать себя таким, каков он есть в действительности, со всеми объективно значимыми достоинствами и недостатками, без самоосуждения или, напротив, самообожания.

Терапевтическая перестройка – изменения, необходимые для излечения.

Свободные ассоциации пациента – бесконтрольный речевой поток, в котором аналитик обнаруживает полуосознанный материал и помогает осознать его с помощью интерпретаций.

Сепарация – личностное отделение от значимого Другого с чувством самостоятельности и независмости.

Сеттинг – набор правил, организующих терапевтическую ситуацию: место, время, оплата, распределение ролей и ответственности.

Сиблинговый конфликт – соперничество среди братьев и сестер.

Символическая продукция – символическая подоплека болезненных переживаний, таящаяся в высказываниях пациента, его фантазиях, сновидениях, рисунках и танцах.

Симптомоцентрированные формулы внушения направлены на устранение или ослабление симптомов.

Синтонность – сочетание внутренней уравновешенности с эмоциональной отзывчивостью и общительностью.

Соматический – телесный, относящийся к телу человека.

Соматоалгия – боли во внутренних органах психического происхождения.

Соматоформный – сходный с проявлениями соматической патологии, которая исключается при обследовании. Соматоформные расстройства проявляются в виде постоянных соматических жалоб, которые связаны со стрессами и особенностями личности, а не с соматической патологией. Больные обычно противятся обсуждать возможность психологической обусловленности расстройства.

Стадии психической организации – обычно используются из классификации Фрейда: оральная стадия (от 0 до 1 года), анальная стадия (от 1 до 2 лет), фаллическая стадия (с 2 до 5 лет), латентный период (от 6 до 11 лет), генитальная стадия (12–18 лет).

Субдепрессия – депрессивное состояние, не диагностирующееся как депрессия, не сопровождающееся бредом, галлюцинациями, суицидными тенденциями и обездвиженностью.

Супервизия – профессиональное консультирование и анализ как целесообразности и качества используемых практических подходов и методов психотерапии, так и терапевтических отношений, возникающих между пациентом и терапевтом.

Суперэго – часть психики, отвечающая за моральные установки, некий внутренний судья с родительской функцией, требующий подражания идеалам и угрожающий наказанием за их предательство.

Теория драйвов (влечений, инстинктов) – центральная гипотеза психоанализа. З. Фрейд считал, что любая мотивация в конечном счете сводима к двум противоположным всеобъемлющим тенденциям. Им предложены следующие дихотомии: 1) сексуальные влечения/влечения к самосохранению; 2) объектная любовь/любовь к себе; 3) влечение

к жизни/влечение к смерти.

Терапевтическая мишень – то, на что направлено воздействие терапевта.

Терапевтическая сессия – встреча пациента с психотерапевтом проходит в заранее оговоренное время, от одного до нескольких раз в неделю и длится обычно 45–50 минут.

Терапевтическая ситуация – система, включающая проблему пациента, его отношение к ней, отношение пациента к психотерапевту, помощь психотерапевта и его отношение к пациенту.

Терапевтические факторы – используемые в терапии приемы и ресурсы.

Тиреотоксикоз (гипертиреоз) – это состояние, связанное с избытком гормонов щитовидной железы в организме. Больной худеет, становится раздражительным, жалуется на частую смену настроения, плаксивость, усиленное потоотделение, чувство жара, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца. Характерны выпученные глаза, трясущиеся руки, резкие движения и неусидчивость.

Трансактный анализ — психологическая модель, основателем которой является Эрик Берн, направлена на реконструкцию личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей, исходя из собственных потребностей и возможностей.

Трансактный аналитик – специалист по трансактному анализу.

Трансакция – взаимодействие, в психологии трансакция представляет собой единицу общения.

Трансовые состояния – состояния психики, которые характеризуются утратой чувства собственной идентичности, сужается сознание, что связано с избирательной фокусировкой на определенном объекте и ограничением повторяющегося репертуара движений и речи.

Трансферная фигура – значимый Другой, ставший объектом переноса.

Трансферентные остатки – сохраняющиеся после прекращения терапии проявления переноса чувств на аналитика, при этом проблема замещения аналитика заключается в попытках заменить его какой-то другой фигурой.

Трансферентные потребности – потребности в установлении переноса.

Фасилитация – прием, включающий в себя эмпатию,

понимание, внимание, безусловное принятие, толерантность, сочувствие со стороны психотерапевта к пациенту, помогает раскрыть в пациенте оптимизм, доверие.

Фрустрация – психическое состояние, связанное с предполагаемой или реальной невозможностью удовлетворения потребности, вызывающее у человека дискомфорт.

Фрустрирующие ограничения – автоматическая блокировка потребностей в ситуациях, напоминающих вытесненные ситуации фрустрации.

Циклоидная личность – тип личности, отличающийся постоянным чередованием периодов пониженного настроения и активности с периодами повышенного настроения и чрезмерной активности.

Экстраперенос – перенос с аналитика на другую значимую фигуру.

Список использованной литературы

Александер Ф. Психосоматическая медицина – М., 2009.

Баскаков В. Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение – М., 2007.

Бек А. и др. Когнитивная психотерапия депрессий – СПб., 2003.

Берн Э. Групповое лечение. Екатеринбург, 2003.

Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры – СПб., 2005.

Берн Э. Трансакционный анализ в психотерапии – М., 2015.

Блейлер Е. Руководство по психиатрии – М., 1993.

Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995.

Булюбаш И.Д. Руководство по гештальт-терапии – М., 2014.

Бройтигам В. и др. Психосоматическая медицина: Краткий учебник – М., 1999.

Бурно М.Е. Алкоголизм. Терапия творческим самовыражением – М., 2002.

Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. 2-е изд., перер. и доп – М., 2006.

Бэндлер Р., Гриндер Дж. Большая энциклопедия НЛП. Структура магии – М., 2014.

Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. 3-е изд – СПб., 2008.

Гринсон Р.Р. Практика и техника психоанализа. 2-е изд – М., 2010.

Гулдинг М., Гулдинг Р. Психотерапия нового решения. Теория и практика – М., 1997.

Данилин А., Данилина И. Как спасти детей от наркотиков – М., 2001.

Делозье Дж., Эриксон М., Бэндлер Р. Полный курс гипноза. Паттерны гипнотических техник Милтона Эриксона – М., 2015.

Джонсон В. Метод убеждения. Как заставить наркомана или алкоголика лечиться – М., 2012.

Дикманн Х. Методы в аналитической психологии – М., 2001.

Ерышев О.Ф. Лечение алкогольной зависимости – СПб., 2004.

Змановская Е.В., Рыбников В.Ю. Девиантное поведение личности и группы – СПб., 2010.

Каплан Х.С. Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство – М., 1994.

Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология – СПб., 2004.

Кейсмент П. Обучение на наших ошибках. – Алматы, 2005.

Кейсмент П. Обучение у жизни: становление психоаналитика. – Алматы, 2009.

Кейсмент П. Обучение у клиента. – Алматы, 2005.

Кемпинский А. Меланхолия – СПб., 2002.

Кемпинский А. Психология шизофрении – СПб., 1998.

Кернберг О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях – М., 1998.

Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии – М., 2000.

Клусман Р. Справочник по психотерапии – СПб., 2004.

Ковалев С.В. Семь шагов от пропасти. НЛП – терапия наркотической зависимости. 3-е изд – М., 2012.

Когнитивная психотерапия расстройств личности / под ред. А. Бека, А Фримена – СПб., 2002.

Кратохвил С. Психотерапия супружеских отношений – М., 2008.

Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику – М., 2004.

Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология – М., 2002.

Кулаков С.А. Практикум по клинической психологии и психотерапии подростков – СПб., 2004.

Кулаков С.А. Психосоматика – СПб., 2010.

Куттер П. Любовь, ненависть, зависть, ревность. Психоанализ страстей – СПб., 1998.

Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. – Киев, 2001.

Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия – СПб., 2001.

Лазарус А. Мысленным взором: Образы как средство психотерапии – М., 2000.

Ларионов А.В. Наркомания: Мифы. Смысл. Причины. Терапия. Екатеринбург, 1997.

Лейбин В.М. Словарь-справочник по психоанализу. 2-е изд. – М.: АСТ, 2010.

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика – М., 2006.

Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации – М., 2005.

Мафсон Л. и др. Подросток и депрессия. Межличностная психотерапия – М., 2003.

Менцос С. Психодинамические модели в психиатрии – М., 2001.

Морено Я.Л. Лечение психозов методом психодрамы // Журнал практического психолога, 2003. № 6.

Москаленко В.Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании (пособие для врачей, психологов и родственников больных) – М., 2002.

Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. 2-е изд. – М.,

2001.

Мэй Р. Любовь и воля – М., 2013.

*Павлов И.*С. Психотерапия в практике – М., 2006.

Патнем Ф.В. Диагностика и лечение расстройства множественной личности – М., 2004.

Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – 3-е изд. – М., 2008.

Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия – СПб., 2006.

Поттер-Эфрон Р.Т. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика – М., 2002.

Стоименов Й.А., Стоименова М.Й., Коева П.Й. и др. Психиатрический энциклопедический словарь. – Киев: МАУП, 2003.

Психологическая энциклопедия / под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. 2-е изд. – СПб: Питер, 2003.

Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. 3-е изд. – СПб: Питер, 2006.

Психотерапия детей и подростков (ред. Х. РемшмИдт) – М., 2000.

Решетников М.М. Психодинамика и психотерапия депрессий – СПб., 2003.

Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях – СПб., 2004.

Рязанцев В.А. Психотерапия и деонтология при алкоголизме. – Киев, 1990.

Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. 3-е изд – СПб., 2001.

Сандлер Дж., Дэр К., Холдер А. Пациент и психоаналитик: Основы психоаналитического процесса – М., 2007.

Симонова Е.М. Возможности когнитивного подхода в психотерапии химической зависимости // Моск. психотер. ж-л, 2001, № 4.

Симонова Е.М. Некоторые особенности психотерапии семей с химической зависимостью // Моск. психотер. ж-л. 2001. № 3.

Смулевич А.Б. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике. Практическое пособие – М., 2000.

Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. Теория техники – СПб., 2004.

Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей – М., 2006.

Старшенбаум Г.В. Групповой психотерапевт: Интерактивный учебник. – Саратов, 2015.

Старшенбаум Г.В. Динамическая психиатрия и клиническая

психотерапия – М., 2011.

Старшенбаум Г.В. Как стать семейным психологом. – Саратов, 2015.

Старшенбаум Г.В. Клиническая психология: Учебно-практическое руководство. – Саратов, 2015.

Старшенбаум Г.В. Неврозология. – Саратов, 2015.

Старшенбаум Г.В. Переживая кризис. – Ростов н/Д, 2012.

Старшенбаум Г.В. Персонология. – Саратов, 2015.

Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. 2-е изд., пер. и доп. – Ростов н/Д, 2012.

Старшенбаум Г.В. Психотерапия в группе – М., 2011.

Старшенбаум Г.В. Сексуальная и семейная психотерапия – М., 2011.

Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия – М., 2005.

Старшенбаум Г.В. Тренинг навыков практического психолога. 2-е изд – М., 2008.

Старшенбаум Г.В. Энциклопедия начинающего психолога. 4-е изд., перер. и доп – СПб., 2016.

Франкл В. Воля к смыслу. Основы и применение логотерапии – М., 2015.

Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции – М., 2008.

Хайгл-Эверс А. и др. Базисное руководство по психотерапии – СПб., 2001.

Хассен С. Освобождение от психологического насилия – СПб., 2001.

Хелл Д. Ландшафт депрессии – М., 1999.

*Холмогорова А.*Б. Клиническая психология. В 4-х томах – М., 2013.

Хорни К. Собрание сочинений в 3-х томах – М., 1997.

Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз – М., 2001.

Штайнер К. Игры, в которые играют алкоголики – М., 2003.

Штайнер К. Лечение алкоголизма – СПб., 2004.

Шувалов А.В. Справочник практического врача по психиатрии, наркологии и сексопатологии – М., 2001.

Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии – СПб., 2002.

Эриксон М. Стратегия психотерапии – СПб., 1999.

Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис – М., 2006.

Ялом И. Экзистенциальная психотерапия – М., 2008.

Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика – М., 2010.

notes

Примечания

1

Психосоматика – понятие, которое включает все взаимодействия между поведением (мысли, эмоции, действия) и соматическим (телесным) заболеванием. Психосоматическими считаются расстройства функций органов и систем, в основе которых лежат стресс, разного рода конфликты, кризисные состояния и т. д.

2

Переживание отказа в удовлетворении потребности, фрустрация – состояние подавленности, обиды, растерянности в связи с крушением планов и надежд, невозможностью достичь намеченных целей и получить защиту, уважение и любовь.

3

НЛП – нейролингвистическое программирование. Представляет собой технику моделирования (копирования) вербального и невербального поведения людей

4

Дебрифинг – метод работы с групповой психической травмой. Часто применяется в группах с людьми, совместно пережившими катастрофу или трагическое событие. Дебрифинг относится к мерам экстренной психологической помощи. Он проводится как можно раньше после события, иногда через несколько часов или дней после трагедии.

5

Психастеник – человек с расстройством личности, при котором характерны тревожная мнительность, неуверенность в себе, могут проявляться эпилептоидные компоненты («застревание» эмоций и мыслительной деятельности, педантичность), а также невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство).

6

Тиреотоксикоз или гипертиреоз – это состояние, связанное с избытком гормонов щитовидной железы в организме. Больной худеет, становится раздражительным, жалуется на частую смену настроения, плаксивость, усиленное потоотделение, чувство жара, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца. Характерны выпученные глаза, трясущиеся руки, резкие движения и неусидчивость.

7

Складка Верагута – названа по имени швейцарского психиатра (1870–1940), описавшего у больных тяжелой депрессией складку в области внешней части верхнего века, придающую лицу скорбное выражение.

Соматоформный – сходный с проявлениями соматической патологии, которая исключается при обследовании. Соматоформные расстройства проявляются в виде постоянных соматических жалоб, которые связаны со стрессами и особенностями личности, а не с соматической патологией. Больные обычно противятся обсуждать возможность психологической обусловленности расстройства.

9

К *соматоформным расстройствам* относятся соматизированное расстройство, ипохондрическое расстройство и соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Соматизированное расстройство характеризуется многолетним повторяющимся появлением разнообразных и изменчивых соматических симптомов. Наиболее частыми симптомами являются трудности глотания, тошнота и рвота, метеоризм, боли в конечностях, осложнения при менструациях.

10

Недифференцированное соматоформное расстройство диагностируется в случаях, когда соматические жалобы множественны, разнообразны и длительны, но в то же время полная и типичная клиническая картина соматизированного расстройства не обнаруживается.

Сепарация – индивидуация. Сепарация отражает процесс выхода из симбиотического единства с матерью и включает установление объектных отношений. Индивидуация подразумевает процессы различения и ограничения ребенком собственных свойств и особенностей, то есть процессы дифференциации Самости и объекта и создание интрапсихического образа Самости в виде серии последовательных представлений.

12

Первая фаза развития человека называется оральной (симбиотической) фазой, во время которой доминирует эмоциональное принятие себя, доверие к миру и радость «получения» от других через область рта как моторного центра (первично – получение молока матери). Этот период связывают с формированием открытости человека или его замкнутости. Нерешенные внутренние конфликты данного периода могут позднее, в зрелом возрасте, приводить к аутизму, депрессии, депрессивным формам страха пустоты и покинутости (так называемый оральный характер).

13

Интроекты – это отдельные убеждения, ценности, мысли, которые были приняты без анализа и переструктурирования. С помощью интроектов формируется личность ребенка. Зрелая личность использует ассимиляцию – творческое усвоение норм поведения, социальных установок, знаний и т. п., которые предлагает социальное окружение.

Уровень мотивации к психотерапии отражает степень готовности пациента к изменению поведения, опосредованного болезнью, и определяется заинтересованностью включиться в процесс лечения, продолжать участвовать в нем и быть приверженным определенной стратегии изменения поведения, связанного с болезнью.

Фрустрированная потребность – неудовлетворенная потребность, которая вызывает ряд переживаний у пациента.

16

Гипнабельность – индивидуальная способность подвергаться гипнотическому воздействию, достигать гипнотического состояния той или иной глубины.

17

Диссоциированное состояние наступает в результате бессознательного разделения психических функций на отдельные изолированные друг от друга составляющие. При этом человек, переживший подобные состояния, характеризует их как происходящие с кем-то другим, а не с ним.

18

Аутотренинг (аутогенная тренировка) – психотерапевтическая методика, основанная на самовнушении.

Котерапевт – ассистент терапевта.

20

Трансовые состояния характеризуются утратой чувства собственной идентичности, сужается сознание, что связано с избирательной фокусировкой на определенном объекте и ограничением повторяющегося репертуара движений и речи.

21

Отреагирование – высвобождение эмоционально заряженных воспоминаний, которые не были хорошо или полностью выражены, но все равно оказывали влияние на поведение и мышление человека. Физическое отреагирование – это «отыгрывание» действием, оно невербально, в отличие от эмоционального отреагирования.

22

Гештальт-терапия (нем. *Gestalt* – целостная картина) направлена на осознание своих ощущений, чувств и движений с целью их объединения и реализации своего «Я».

23

Суперэго – часть психики, отвечающая за моральные установки, некий внутренний судья с родительской функцией, требующий подражания идеалам и угрожающий наказанием за их предательство.

24

Контрсопротивление – негативный контрперенос, блокирующий терапию. Терапевт переносит на человека чувства, испытываемые к другому человеку. Проявляется неоправданными стереотипиями: затяжным молчанием, болезненными вмешательствами, критикой пациента и т. п.

25

Трансферентные остатки – сохраняющиеся после прекращения терапии проявления переноса чувств на аналитика, при этом проблема замещения аналитика заключается в попытках заменить его какой-то другой фигурой.

Ид, Оно – часть психики, в которой сосредоточены инстинкты, влечения и импульсы.

27

Фрейд, Зигмунд – основатель психоанализа, который оказал значительное влияние на психологию, медицину, социологию, антропологию, литературу и искусство XX века. Фрейд считал невроз следствием конфликта между инстинктивными влечениями и моральными запретами. Осознание этого конфликта и переход к осознанно мотивированному поведению способствует выздоровлению.

28

Адлер, Альфред – основатель индивидуальной психологии – отвергал антагонизм сознательного и бессознательного в человеке. Развитие невроза он связывал с эмоциональным отвержением пациента родителями или их попустительством. В результате формируется комплекс неполноценности со стремлением к превосходству. Выходом из невроза является духовное развитие с ведущей ролью социального интереса.

29

Юнг, Карл – основатель аналитической терапии – отверг сексуальную интерпретацию либидо Фрейда. Вместо борьбы с инстинктами Юнг призывал принять свои теневые стороны и подчинить их стихийную силу разуму. Этот процесс он назвал депотенциализацией.

30

Символическая продукция – символическая подоплека болезненных переживаний, таящаяся в высказываниях пациента, его фантазиях, сновидениях, рисунках и танцах.

31

Экстраверт придает больше значения внешним восприятиям, интроверт – внутренним представлениям.

32

Депотенциализация архетипов – отвлечение сознательных процессов в пользу инстинктивного неосознаваемого образа (например, Анимус и Анима).

33

Интроекция – замена отношений с внешним объектом на отношения с интроектом (бессознательное представление о желаемом).

34

Фрумкер, Георгий – русскоязычный американский писатель. В 2002 г. издательство «ЭКСМО» выпустило наиболее полный сборник его произведений.

35

Ялом, Ирвин – яркий представитель экзистенциально-гуманистической психотерапии, построенной на межличностных взаимоотношениях «здесь и теперь» пациента и психотерапевта, на взаимных откровениях. Большое место в его научных трудах и романах отводится преодолению экзистенционального страха смерти.

36

Терапевтическая сессия – встреча пациента с психотерапевтом, которая проходит в заранее оговоренное время, от одного до нескольких раз в неделю и длится обычно 45–50 минут.

37

Терапевтическая ситуация – система, включающая проблему пациента, его отношение к ней, отношение пациента к психотерапевту, помощь психотерапевта и его отношение к пациенту.

38

Винникотт, Дональд – детский психоаналитик, исследования которого оказали огромное влияние как на современное психоаналитическое мышление, так и на многие области человеческой деятельности: педагогику, психологию развития, педиатрию, социальную работу. Винникотт уделял большое внимание чувствам матери по отношению к своему ребенку, и в частности ее ненависти к нему, а также отношениям психоаналитика к своему пациенту, ненависти в контрпереносе, ее необходимости, необходимости ее осознания и использования.

39

Эдипов конфликт развивается в 2–5 лет с формированием нежных чувства к родителю противоположного пола и агрессии по отношению к родителю своего пола, которого ребенок считает соперником и подсознательно хочет «устранить». Фиксация на этой стадии приводит к тому, что человек то и дело пытается разбить сложившуюся пару и постоянно соперничает с представителями своего пола.

Свободные ассоциации пациента – бесконтрольный речевой поток, в котором аналитик обнаруживает полуосознанный материал и помогает осознать его с помощью интерпретаций.

41

Инсайт (англ. *insight* – проницательность, проникновение в суть, озарение) – адекватное осознание вновь пережитой, ранее вытесненной психотравмы. При этом вытесненная психотравма сохраненяется в подсознании, но воспоминаний о ней не остается. Защита вытеснением забирает очень много энергии, тормозит личностное развитие и приводит к возникновению психосоматических заболеваний.

Фоулкес, Зигмунд – основатель группового анализа (1948).

43

Балинт-группа – группа супервизии по методу М. Балинта. Супервизия – профессиональное консультирование и анализ как целесообразности и качества используемых практических подходов и методов психотерапии, так и терапевтических отношений, возникающих между пациентом и терапевтом.

Проекция – перенос собственных мыслей, чувств, мотивов, черт характера на другие объекты. При этом человек отчуждает присущие ему качества, не соответствующие его Я-концепции. Получается своеобразная психологическая защита. Образующиеся в результате проекции «дыры» заполняются проектами.

Трансакция – взаимодействие, в психологии трансакция представляет собой единицу общения.

Состояния «Я» по Берну, основателю трансактного анализа: Родитель, Взрослый и Дитя. Цель трансактного анализа – контроль Взрослого над Ребенком и Родителем.

Рэкетные чувства – вызванные нечестной игрой, чаще всего такие чувства используются для удовлетворения личных потребностей.

Штайнер, Клод – ученик Эрика Берна, создатель «Сценарной матрицы» (1971) и концепции «Экономии поглаживаний» (1980).

49

Мэри Гулдинг вместе с мужем Робертом Гулдингом разработала подход, названный «терапией изменения решения», который является синтезом трансактного анализа и гештальт-терапии.

Берн, Эрик – основатель трансактного и сценарного анализа. Берн рассматривает три эго-состояния: Взрослый, Родитель и Ребенок. Вступая в контакт с окружающей средой, человек, по мнению Берна, всегда находится в одном из этих состояний. Некоторые виды трансакций, имеющие в себе скрытую цель, Берн называет играми. Сценарий по Берну – это жизненный план, разработанный на основе принятого в детстве решения, подкрепленный родителями, обусловленный текущими событиями и приводящий в итоге к выбранной альтернативе.

51

Эограмма Дюссея – интуитивный способ изображения эго-состояний, показывающий их роль в жизни пациента.

52

Профиль поглаживаний Маккенны – диаграмма, показывающая, как часто пациент дает и получает позитивные и негативные «поглаживания» (вербальные и невербальные стимулы).

53

Корралограмма Эрнста состоит из 4 квадрантов, соответствующих сотрудничеству (Я о'кей с собой и ты о'кей со мной), уходу от контакта (Я не о'кей с собой, а ты о'кей со мной), избавлению (Я о'кей с собой, а ты не о'кей со мной) и выжиданию (Я не о'кей с собой, и ты не о'кей со мной). Пациент отмечает на этой диаграмме, насколько часто он находится в каждой позиции.

Драматический треугольник Карпмана отображает возможные варианты обмена в ходе игры или сценария ролями Преследователя, Жертвы и Спасителя.

Сиблинговый конфликт – соперничество среди братьев и сестер.

Катарсис в психодраме является не просто желанным пиком переживаний, приносящим облегчение, а начальной точкой для адекватного включения в личность высвобождаемых чувств.

Инсайт-в-действии – полученный через физическую активность и взаимодействие с другими членами группы инсайт (озарение), имеющий большее воздействие на человека, чем простой вербальный или образный инсайт.

Кори, Джеральд – американский профессор, преподает теорию, практику и этику группового консультирования, является автором и соавтором 15 учебников.

59

Фасилитация – прием, включающий в себя эмпатию, понимание, внимание, безусловное принятие, толерантность, сочувствие со стороны психотерапевта к пациенту, помогает раскрыть в пациенте оптимизм, доверие, и те природные способности человека, которыми он пользуется неосознанно.

Холмс, Пол – первый председатель Британской психодраматической ассоциации (1988).

Карп, Марша – ученица Джекоба и Зерки Морено, в 1974 г. основала Холвеллский центр психодрамы, где по сей день проходят подготовку драматерапевты из многих стран Европы.

Киппер, Дэвид – ученик Джекоба и Зерки Морено, член совета директоров Международной ассоциации групповой психотерапии.

63

Техника Мидаса – от мифического фригийского царя, который прятал под колпаком свои ослиные уши, пока цирюльник не выдал его тайну.

Протагонист – главное действующее лицо драмы.

Процессинг (процесс-анализ) представляет собой дидактическую конференцию, которая посвящается обучению с углубленным пониманием техники. Процессинг может быть сконцентрирован на обучающемся терапевте, на протагонисте, на группе.

66

Социометрия – техника, разработанная Дж. Морено для диагностики межличностных и межгрупповых отношений в целях их изменения, улучшения и совершенствования. Участникам предлагается распределять партнеров по заданным признакам.

Гештальт-группа – группа под управлением гештальт-терапевта.

Трансактный анализ, основателем которого является Эрик Берн, направлен на реконструкцию личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей, исходя из собственных потребностей и возможностей.

Конфлюэнция – полное слияние, выражающееся в стирании границ между «Я» и окружением.

Интроекция – пассивное усвоение чужого. Наиболее ранние интроекты – родительские поучения, некритически усвоенные и неотличимые от собственных убеждений.

Ретрофлексия – поворот на себя чувств, испытываемых к другому. Происходит при блокаде потребности, с превращением межличностного конфликта во внутриличностный, что сопровождается мышечными зажимами. Человек делает себе то, что хотел бы сделать другому, например, сдерживая злость, кусает себе губы.

Дефлексия – хаотичные связи с окружающими с уклонением от реальных контактов, заменой их ритуальными формами общения, болтливостью, сглаживанием конфликтов.

«*Ты-высказывания*» – описывающие якобы партнера, а на самом деле – представление о нем.

«*Я-сообщения*» описывают собственные чувства человека.

Эготизм – недостаточность эмпатии, чувство собственной грандиозности или ничтожества, чувствительность к оценкам других людей, интимофобия, обесценивание собственного и чужого опыта, использование близких людей.

Обесценивание – форма сопротивления пациента терапии, проявляющаяся, в частности, как отчуждение результата своей деятельности с игнорированием самих событий или своего вклада в них.

Самопринятие – основанная на реальном и глубоком знании способность индивида принимать себя таким, каков он есть в действительности, со всеми объективно значимыми достоинствами и недостатками, без самоосуждения или, напротив, самообожания.

Терапевтическая перестройка – изменения, необходимые для излечения.

Внутрипсихический конфликт – как осознанное, так и неосознаваемое противостояние действенных, имеющих значение в данное время потребностей, влечений, мотивов, оценок, ожиданий индивида.

Эффективность ролевого исполнения – успешное исполнение роли, адекватной обстоятельствам.

81

Личностная реконструкция – гармонизация личности в процессе терапии. При этом происходит изменение стиля общения, активизация жизненной позиции, гуманизация системы ценностей.

82

Неотреагированные реакции пациента на утраты – вытесненные переживания, связанные с утратой значимых объектов.

83

Сублимация фрустраций – замещающий способ удовлетворения хронически неудовлетворенной потребности в социально одобряемой форме.

Совладающее, справляющееся, проблемно-решающее поведение – особый вид социального поведения человека, обеспечивающий или разрушающий его здоровье и благополучие. Оно позволяет субъекту справиться со стрессом или трудной жизненной ситуацией с помощью осознанных действий. Такое поведение направлено на изменение (когда ситуация поддается контролю) или приспособление к ситуации, если она не поддается контролю. Если субъект не владеет этим видом поведения, возможны неблагоприятные последствия для его продуктивности, здоровья и благополучия.

«Ключи» к бессознательному – вербальные и невербальные индикаторы проблемы в поведении пациента, выявленные в процессе диагностики; в семейной терапии – при анализе взаимодействий членов семьи.

Супервизия – профессиональное консультирование и анализ как целесообразности и качества используемых практических подходов и методов психотерапии, так и терапевтических отношений, возникающих между пациентом и терапевтом.

Манипулятивный запрос – запрос пациента, направленный на то, чтобы с помощью психотерапевта получить рецепт манипуляции партнером.

88

Недирективная терапия – это форма психотерапии, цели которой согласуются с глубинным стремлением пациента обнаружить в себе внутренние силы и обрести веру в себя, стать способным к самоуправлению и самопринятию. Недирективная позиция психотерапевта характеризуется его аутентичностью, эмпатическим пониманием, безоценочным принятием и эмоциональной поддержкой пациента.

89

Аффект – в психоанализе общий термин для чувств и эмоций. Чувства являются производными от ярких образных фантазий, отражающих внешние и внутренние возбудители. Эмоция – это психофизическая, целостная реакция личности на вызывающее событие. С личностью индивида тесно связаны такие эмоции, как чувство собственного достоинства и чувство долга. Эмоции мотивируют, организуют и направляют восприятие, мышление и действие в соответствии с мировоззрением человека, его этическими и духовными критериями.

Телесно-ориентированная терапия по Александеру выходит за рамки исправления привычных поз тела и осанки, обеспечивая сознательное управление поведением и мобилизацию внутренних ресурсов для достижения жизненных целей.

Лабильное настроение – легко меняющееся настроение.

Расщепление – неспособность соединять хорошие и плохие качества в целостный образ; при этом один и тот же объект то идеализируют, то обесценивают и ненавидят.

93

Сеттинг – набор правил, организующих терапевтическую ситуацию: место, время, оплата, распределение ролей и ответственности.

Трансферентные потребности – потребности в установлении переноса.

Ригидность – негибкость, неготовность к изменениям программы действий.

Анальная агрессия – склонность к упрямству и жестокости, властолюбию, нечистоплотности, мстительным разрушительным действиям.

ПАВ – психоактивные вещества.

Контрфобия – бессознательные усилия индивида отрицать или преодолевать навязчивый страх через стремление к контакту с вызывающими страх объектами или ситуациями.

99

Астеническая личность характеризуется повышенной психической и физической утомляемостью, обостренной впечатлительностью, раздражительностью и обидчивостью. Отмечаются также пассивность, подчиняемость и избегающее отношение к повседневным требованиям жизни.

100

Циклоидная личность отличается постоянным чередованием периодов пониженного настроения и активности с периодами повышенного настроения и чрезмерной активности.

Микросоциальная сфера – ближайшее окружение: родные и близкие, друзья и приятели, сотрудники и соседи.

Рефлексия – осмысление собственных психических процессов (эмоций, влечений, мыслей и др.) или действий.

103

Ресурсы личности – это все те жизненные опоры, которые находятся в распоряжении человека и позволяют ему обеспечивать свои основные потребности: 1) выживание; 2) физический комфорт; 3) безопасность; 4) вовлеченность в социум; 5) уважение со стороны социума; 6) самореализацию в социуме.

Обсессивное развитие личности характеризуется нарастанием следующих черт: тревожная мнительность, ожидание несчастья, повышенное чувство ответственности за свой моральный облик и за благополучие близких, постоянный самоконтроль. Сочетаются нерешительность, рассуждение вместо принятия и исполнения решения, с одной стороны, а с другой стороны – неспособность ждать, приводящая иногда к непродуманным поступкам.

105

Сенестопатически-ипохондрический синдром. Сенестопатии – это разнообразные, крайне неприятные, тягостные ощущения: стягивание, жжение, давление, переливание, переворачивание, щекотание и пр., исходящие из различных областей тела, отдельных внутренних органов и не имеющие определяемых соматическими методами исследования причин. Ипохондрия проявляется чрезмерным вниманием к своему здоровью, озабоченностью даже незначительным недомоганием или убежденностью в наличии тяжелой болезни, нарушениями телесной сферы. Ипохондрические идеи достигают уровня доминирующих и сверхценных. Тревожные опасения больных относятся к тем возможным, по их мнению, изменениям в органах, в которых возникают патологические ощущения.

106

Пубертат – возраст с 12 до 16 лет у девочек и с 13 до 17–18 лет у мальчиков; соответствует периоду полового созревания.

107

Гипомания – легкая форма мании, без бреда и галлюцинаций. Наблюдаются: постоянно повышенное настроение без причины, непоседливость, повышенная общительность, разговорчивость, фамильярность, гиперсексуальность, пониженная потребность во сне.

Манифестация – начало психической болезни.

109

Катексис – энергия, относящаяся к либидо, к психосексуальному энергетическому потенциалу. Разрушение катексированного образа себя – уменьшение интереса к себе.

Сепарация – личностное отделение от значимого другого с чувством самостоятельности и независимости.

111

Терапевтическая мишень – предмет воздействие терапевта.

112

Ангедонизм – неспособность радоваться, испытывать удовольствие.

113

Дисморфофобия – мучительное переживание своей физической неполноценности в связи с реальными или воображаемыми анатомическими особенностями или нарушением физиологических функций (зловонный пот, испускание газов и др.).

Дереализация – нарушение восприятия, при котором окружающий мир воспринимается как нереальный или отдаленный, лишенный своих красок и при котором могут происходить нарушения памяти. Порой сопровождается состояниями «уже виденного» или «никогда не виденного».

115

Мизофобия – навязчивый страх загрязнения.

Деперсонализация – отчужденное восприятие своего тела и психических функций.

Фрустрирующие ограничения – автоматическая блокировка потребностей в ситуациях, напоминающих вытесненные ситуации фрустрации.

118

Интегрированное восприятие – психический процесс отражения предметов и явлений действительности в совокупности их различных свойств и частей, связанный с пониманием целостности отражаемого.

119

Автономные вторжения – неконтролируемое проникновение в сознание обычно вытесненных содержаний.

120

Архаичная психика – коллективное бессознательное по Юнгу, то есть врожденные первичные идеи и образы – архетипы.

121

Интерпретативная работа – поиск скрытого смысла симптома, сновидения или высказывания пациента.

122

Симпатикотония – преобладание тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы над тонусом ее парасимпатического отдела. Симпатический отдел вегетативной нервной системы обеспечивает мобилизацию организма: повышает тонус мышц, давление крови, учащает дыхание и сердцебиение и т. д. Парасимпатический отдел обеспечивает расслабление, сон, усвоение пищи, понижает давление.

123

Рапгус – импульсивное психофизическое сверхвозбуждение.

Субфебрилитет – повышение температуры тела в пределах 38 градусов.

125

Парамедицина – область альтернативной медицины, включающая разнообразные псевдонаучные методы лечения.

126

Идеомоторика – непроизвольная связь мыслей (идей) с напряжением, движением мышц (моторикой).

127

Эпигастрий – область непосредственно под мечевидным отростком («под ложечкой»), соответствующая проекции желудка на переднюю брюшную стенку.

128

Кишечный криз – парасимпатическая реакция с резким усилением перистальтики кишечника и болезненными спазмами его мускулатуры.

129

Алекситимия – неспособность осознавать и описывать переживаемые эмоции. *Паническая атака* – не связанный с ситуацией приступ острой тревоги с деперсонализацией-дереализацией, потерей контроля над собой, массивным вегетативным компонентом и, как правило, страхом смерти.

Конфабуляции – ложные воспоминания, галлюцинации памяти.

131

Деменция – слабоумие. При болезни Альцгеймера начинается с ухудшения памяти, из которой в течение нескольких лет исчезают все знания и умения. Параллельно нарастают нарушения мышления, которые довольно быстро приводят к полной интеллектуальной беспомощности.

132

Инсайт-ориентированная терапия – направленная на достижение инсайта, в результате которого пациент отчетливо понимает, что существующие у него нарушения не только субъективны, но и объективны, то есть пациент признает болезнь.

133

Танатотерапия – метод В.Ю. Баскакова, который является основателем и президентом Ассоциации телесно-ориентированных психотерапевтов России. Танатотерапия возникла как соединение многолетнего опыта автора в области психоанализа, основных принципов восточных учений о единстве человеческой души и тела и западных методик мануально-телесного воздействия. Особенностью метода является моделирование процесса «правильного, естественного умирания».

134

Теория драйвов (влечений, инстинктов) – центральная гипотеза психоанализа. З. Фрейд считал, что любая мотивация в конечном счете сводима к двум противоположным всеобъемлющим тенденциям. Им предложены следующие дихотомии: 1) сексуальные влечения/влечения к самосохранению; 2) объектная любовь/любовь к себе; 3) влечение к жизни/влечение к смерти.